MARGUERITE FELS-IMBERT

208

LA MÉDICATION IODÉE DANS LA MALADIE DE BASEDOW

PARIS
AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/lamedicationiode0018vari

LA MÉDICATION IODÉE
DANS
LA MALADIE DE BASEDOW

MARGUERITE FELS-IMBERT

LA MÉDICATION IODÉE DANS LA MALADIE DE BASEDOW

PARIS
AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

LE PROFESSEUR MARCEL LABBÉ

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE ET DE THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALES
MÉDECIN A L'HOPITAL DE LA PITIÉ
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

A la bienveillance duquel ce travail doit le jour.

Hommage reconnaissant de son élève.

A MON MAITRE, LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LÉVY-SOLAL

En témoignage de profonde reconnaissance.

A M. le Professeur Henry ROUVIÈRE

Hommage respectueux.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. le Professeur HARTMANN
M. le Professeur SERGENT.
M. le Docteur ROBINEAU
M. le Professeur OMBREDANNE
M. le Professeur NOBÉCOURT
M. le Docteur Louis RAMON
M. le Professeur JEANSELME
M. le Professeur GUILLAIN
M. le Professeur LEGUEU
M. le Professeur CLAUDE
M. le Professeur SÉBILEAU
M. le Professeur TERRIEN
M. le Professeur TESSIER
M. le Docteur Charles GIRODE.

Introduction

La médication iodée dans le traitement du goitre et de la maladie de Basedow en particulier est connue depuis très longtemps. Elle a eu ses partisans, mais aussi ses ennemis. Actuellement encore, bien des critiques s'élèvent.

Dans ce court travail, nous nous efforcerons de montrer la place qu'elle a tenue, et qu'elle tient aujourd'hui.

Une première partie présentera l'analyse des principaux travaux qui ont paru sur ce sujet.

Une deuxème partie rassemblera divers résultats cliniques obtenus par cette médication dans le service de notre Maître le professeur Marcel Labbé, à la Pitié.

Une brève conclusion tentera d'indiquer la façon dont on peut espérer actuellement tirer de cette médication d'heureux résultats.

Historique

Il y a deux mille ans, les Grecs recommandaient pour soigner les goitres le charbon provenant de l'incinération des éponges (1). Roger de Palerme, en 1170, parle du traitement des goitres par les cendres d'éponges et par le plancton (2).

On ne savait pas alors quel était l'élément actif contenu dans ce produit. Il fallait attendre encore plus de 700 ans pour l'apprendre.

C'est au début du XIX[e] siècle seulement que Courtois (1812) et Coindet (1820) reconnurent que l'iode dans sa forme pure a un effet direct sur le goitre, même lorsqu'il est exophtalmique (3). Coindet, en Suisse, obtint la guérison dans les deux tiers des cas traités. Bayles (4) cite plusieurs auteurs qui, vers cette époque, parvinrent également à de bons résultats : Costes, Brera, Angelot, Janson.

L'usage de l'iode allait donc se généralisant, mais avec des résultats variables, puisqu'il était administré indistinctement dans tous les cas de goitres.

La question demeura posée jusqu'au moment où Trousseau, dans une erreur de thérapeutique célèbre, dut reconnaître la valeur de l'iode dans le traitement de la maladie

1) Garrisson : « *Introduction à l'histoire de la médecine* » avec chronologie médicale dans *Suggestions for Study and Bibliographie*, 3[e] édition, Philadelphie, 1921, p. 141 sq.

2) Roger de Palerme : « *Practica* », 1170, cité par Thomas et Rienhoff dans « *Iodine in the treatment of hyperthyroïdism* ».

3) « *Découverte d'un nouveau remède contre le goitre* » dans *Analyse physique et chimique*, pp. 49-50, 1820.

4) *Bibliothèque thérapeutique*, t. I.

de Basedow. Appelé en 1863 auprès d'une jeune femme atteinte d'une crise aiguë de goitre exophtalmique avec pouls à 140-150, il prescrivit de la teinture d'iode au lieu de digitale. Le pouls en 15 jours tombait à 90 ; reconnaissant son erreur, il ordonna de la teinture de digitale ; le pouls remontant à 150, il dut revenir à la teinture d'iode.

En 1894, Eulenburg (1) résumant ses observations, écrivait : « Parmi les médications de la maladie de Basedow, l'iode, tant à l'usage externe qu'à l'usage interne, donne les résultats les plus efficaces », et discutant sur certains travaux il conclut que « dans les cas où l'iode réussit, il s'agit des formes secondaires de la maladie, tandis que si l'iode est employé sans succès, il s'agit des formes graves de cette même maladie. Enfin, ajoute-t-il, l'iode ne serait indiqué dans le traitement de la maladie de Basedow que s'il y a goitre ».

En 1896, Baumann découvre l'iode comme constituant fondamental du corps thyroïde (2), et prouve que la quantité d'iode contenue dans la glande thyroïde est directement proportionnelle à la masse de colloïde. Si cette dernière vient à augmenter, l'insuffisance iodée se fait alors sentir, de là la nécessité de la médication à base d'iode.

Cependant, en 1898, Trousseau, revenant sur sa première opinion, la modifiait en écrivant : « Il ne faut pas oublier que l'iode est un médicament périlleux dans le traitement du goitre exophtalmique, il peut amener le retour des paroxysmes : pourtant, dans la maladie de Graves, les préparations iodées peuvent être supportées sans dommage et même avec un semblant d'amélioration. » Citant alors son erreur thérapeutique, il conclut : « Quoi qu'il en soit de ces faits exceptionnels, retenez bien ceci : c'est que l'iode nuit ordinairement dans le traitement de la maladie de Graves » (3).

1) *Réal Encyclopädie.* Dr Alb. Eulenburg. II Band A. B., 1894.
2) *Zeitschrift für physiolog. Chem.*, Strassburg 1896, t. XXI, pp. 319-330.
3) 1898. *Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu*, Trousseau, page 597.

Cette opinion de Trousseau se trouva confirmée en 1900 par Kocher. Ce dernier décrit un « Basedow iodique », c'est-à-dire différents symptômes qui se développent dans l'état de goître simple traité par l'iode, « ces symptômes sont précisément ceux de la maladie de Basedow » (1). Il montra que les goitres colloïdes possédant des noyaux indurés, ou bien les goitres adénomateux purs, pouvaient présenter des symptômes d'hyperthyroïdie après l'administration d'iode, alors qu'ils en étaient indemnes auparavant (2).

Les opinions de Kocher eurent une répercussion profonde dans le monde entier et l'usage de l'iode fut pour ainsi dire abandonné.

En 1910 (3), T. Kocher écrivait : « Le Basedow iodique est une forme fréquente et importante de la maladie de Basedow... son traitement est avant tout prophylactique : opération radicale de tous les goitres... et étiologique : arrêt immédiat de la médication iodée pure ou phosphatée ». Il ajoutait : « Dans la maladie de Basedow, la médication iodée reste une épée à deux tranchants et, dans la pratique, elle fait plus de mal que de bien, car, dans toutes les formes typiques et atypiques de Basedow, elle fait plus de dégâts qu'elle n'est utile. »

En 1911, il insistait encore en disant : « Le traitement par l'iode dans le Basedow peut faire beaucoup plus de mal que de bien et, pour cette raison, ce traitement doit être rejeté » (4).

Cependant, l'usage de la médication iodée n'avait pas disparu entièrement et, dès cette même année 1911, Marine (5)

---

1) « *La Yodotérapia en el hypertirodisme* », par E. Carrasco Cadenas, dans *Arch. de la Médecine*, n° 306, 1917.

2) L. Dautrebande, « *Traitement iodé de l'hyperthyroïdie* », dons *P. M.*, 27 oct. 1928.

3) T. Kocher, « *Ueber Iodbasedow* », dans *Ver. Deutsch. Geselsch. für Chir.* Berlin 1910, vol. XXXIX, pp. 396-423.

4) *Ibidem*, Berlin 1911, vol. XL, pp. 617-662.

5) D. Marine et G. H. Leubart, *Arch. inter. Med.*, Chicago 1911, vol. VIII, pp. 265-316.

montrait que l'iode s'opposait à l'hyperplasie thyroïdienne. En 1913, M. Marcel Labbé rapportait à la Société Médicale des hôpitaux l'histoire de deux diabétiques basedowiennes chez qui l'iode s'était montrée « *le seul traitement efficace* » (1).

Le traitement iodé était également repris en Suisse. Frey, en 1914 (2) signale les bons résultats obtenus en traitant par *l'iode* le vrai goitre des montagnes. Ses observations se basaient sur 46 cas et il cite plusieurs autres médecins qui firent d'excellents traitements avec l'iodtropon (une à trois tablettes par jour). Cependant, Oswald (3), en 1915, ne se déclara pas d'accord avec cette médication ; pour lui, au contraire, en soignant le goitre simple par l'iode, on produit des symptômes de Basedow qui régressent seulement de longs mois *après la cessation du traitement.*

Pour Grumme enfin (4), en 1916, la défaveur du traitement du goitre par l'iode va trop loin. Selon lui, le *Basedow iodique est une chose certaine, mais extrêmement rare et qui ne doit pas faire délaisser le traitement du goitre par l'iode ;* mais il ajoute : « Un fait est important, la glande thyroïde des malades de Basedow ne supporte pas l'iode et ne peut pas l'assimiler ».

Et l'on reste dans une certaine réserve jusqu'après la guerre où il semble que dans tous les pays on accumule les observations cliniques et chimiques pour réfuter les opinions de Kocher ou tout au moins pour en amoindrir la portée.

C'est en 1920, Neisser, en Allemagne, qui vient modifier l'ancienne théorie des dangers de l'iode dans la maladie de Basedow et il signale que « les *petites quantités d'iode* sont

---

1) *Journal de Médecine de Paris*, n° 45, 8 nov. 1926, Marcel Labbé.
2) Frey. *Corr. Blatt für Schw. Aertzte* 1914, n° 48.
3) *Ibidem*, 1915, n° 21, p. 655.
4) *Ibidem*, 1916, n° 46, pp. 494-99.

bien supportées et améliorent les signes cliniques de la maladie » (1).

En 1921, les professeurs Lœwy et Zondeck (2) étudient 12 cas de Basedow, dont 9 chroniques et 3 aigus, tous d'âge moyen, et présentant tous les symptômes classiques de la maladie. Ils traitent leurs malades avec une solution d'iode d'après les données de Neisser en commençant avec 3 gouttes par jour et en allant jusqu'à 30 ou 40 gouttes. Ils notent une amélioration rapide de l'état général avec une augmentation de poids considérable (3) ainsi qu'une forte diminution du métabolisme basal. Les symptômes subjectifs disparaissent, par contre, l'exophtalmie, la tachycardie et les symptômes vaso-moteurs demeurent stationnaires. Les meilleurs résultats paraissent réalisés après 10 ou 11 jours de traitement, c'est-à-dire lorsque le malade a absorbé environ 0 gr. 22 d'iode métallique.

Enfin, ils ajoutent : « Les réactions de chaque malade à la dose d'iode sont différentes ; si celle-ci devient trop forte, les symptômes cliniques augmentent, le poids tombe, le métabolisme remonte. Il faut alors diminuer ou supprimer l'iode pendant quelques mois. » Lœwy et Zondeck concluent, se rangeant encore à l'avis de T. Kocher en disant que *les doses trop élevées d'iode aggravent la maladie de Basedow.*

Il faut en venir maintenant à l'Amérique où les publications revêtent un intérêt tout particulier car « c'est surtout aux Etats-Unis où le goitre exophtalmique paraît plus grave et plus fréquent que chez nous, que la méthode thérapeutique s'est développée » (4).

En 1923, Starr, Segall et Means, à Boston, écrivent (5) :

---

1) *Berliner Klin. Wochenschrift*, t. LV, pp. 461-63, 1920.

2) *Deutsche Med. Wochenschrift*, 17 nov. 1921, t. XXXXIX, pp. 1387-1389.

3) Une malade de 36 ans atteinte de basedow typique augmentait de 17 livres en 8 semaines.

4) Marcel Labbé. « *Traitement de la Maladie de Basedow par l'iode* », dans *Journal de Médecine*, Paris, n° 45, 8 novembre 1926.

5) T. Starr, H. Segall, J.-H. Means, « *The effect of iodine in Exophtalmic goiter* », dans *Arch. inter. Med.*, septembre 1924, vol. XXXIV, pp. 355-364.

« Les résultats donnés par un dosage de XV gouttes de Lugol par jour sont semblables à l'ablation chirurgicale des 5/6e de la glande ».

Ils ont étudié 25 cas avec un traitement identique ; douze d'entre eux présentent une rémission des symptômes semblable à une thyroïdectomie sub-totale ; pour huit autres, la rémission n'est pas aussi complète, enfin cinq cas sont marqués d'insuccès.

Mais ces auteurs notent également que si le traitement est trop prolongé, il y a seulement une période d'accalmie avec *décroissance du métabolisme basal* jusqu'à la normale, puis immédiatement *recrudescence* plus ou moins rapide suivant les sujets et que, d'autre part, si l'on arrête le traitement après une ou deux semaines, il y a augmentation très rapide du métabolisme.

En 1924 (1), Holmes, Means, Porter, Richardson et Starr se livrant à une étude sur le métabolisme basal dans les différents traitements du goitre exophtalmique, signalent que « le traitement de choix serait la thyroïdectomie sub-totale qui donne une amélioration sensible après un certain temps et qui conserve un métabolisme à peu près normal, mais il y a d'abord le danger de l'opération et ensuite sa durée puisqu'elle doit, le plus souvent, être faite en plusieurs temps. Il y a un an, disent-ils, que Plummer a réintroduit l'usage de l'iode tombé en disgrâce dans le traitement du goitre exophtalmique. Avec une dose de XV gouttes de Lugol par jour, il obtient rapidement la chute du métabolisme et des symptômes d'intoxication dans plus de 80 % des séries traitées. 50 % retrouvent un métabolisme normal en onze jours, aucun accident n'a été noté. Les résultats seraient donc aussi bons qu'avec la thyroïdectomie sub-totale ».

---

1) G. M. Holmes, J. M. Means, C. A. Porter, E. P. Richardson, M. P. Starr. « *On the treatment of exophtalmic goiter* », dans *The Boston, med. and surger. Journal*, 14 août 1924.

Mais ces auteurs, après une étude plus approfondie de la question, arrivent à conclure que : « L'arrêt de la drogue est suivi d'un retour rapide à l'intoxication hyperthyroïdienne et, d'autre part, son emploi indéfini est suivi souvent d'un retour lent à l'hyperthyroïdisme », et ils concluent : « C'est *un agent palliatif et non curatif* qui réunit deux gros avantages : premièrement, il prépare le malade à subir la thyroïdectomie sub-totale en réduisant les phénomènes d'intoxication (préparation déjà recherchée par les rayons X) ; deuxièmement, il réduit l'intoxication qui suit l'opération chez les malades ayant un goitre exophtalmique, ce qui rend l'opération infiniment moins dangereuse ».

Mason (1), à Montréal, en 1924, dans un article sur l'intoxication thyroïdienne, arrive à peu près aux mêmes conclusions. « Nos expériences prouvent, dit-il, que dans les cas de goitres exophtalmiques purs, le pouls et le métabolisme, par l'emploi du Lugol, peuvent retomber à la normale en peu de jours et s'y maintenir avec de faibles doses ; si on le supprime trop tôt, les symptômes réapparaissent. L'exophtalmie elle-même est lente à disparaître ».

« La valeur du Lugol, en tout cas, a été bien mise en évidence pour préparer l'individu à l'opération », il ajoute « *le temps des ligatures est passé* », et il conclut : « *le temps seul nous dira si le Lugol est seulement une préparation pour la thyroïdectomie ou s'il peut être à lui seul un traitement* ».

En 1924 (2), Boothby publie les résultats qu'il obtint avec Plummer au cours de l'année 1923 à la Clinique Mayo : Ils traitèrent par l'iode plus de 1200 sujets atteints de la maladie de Basedow. Jamais ils n'ont noté d'aggrava-

---

1) Edw. H. Mason, « *The use of Lugol solution in the treatment of exophtalmic goiter* », dans *Journal Med. Assoc.*, 1924, t. XIV, p. 219.

2) N. B. Boothby. « *L'emploi de l'iode dans le goitre exophtalmique* », *Endocrynology*, Chicago, tome VIII, n° 6, nov. 1924.

tions, le taux du métabolisme basal diminue après une ascension passagère, presque toujours les troubles nerveux et gastro-intestinaux disparaissent en même temps que le poids augmente ; enfin, les cas les plus graves sont ceux qui souvent bénéficient le plus du traitement.

Boothby ajoute : « Mais c'est surtout chez les sujets à opérer que l'iode rend de précieux services ; son usage avant l'intervention chirurgicale permet d'éviter les accidents post-opératoires si redoutables. Sur un millier de cas, le seul malade qui succomba fut précisément un sujet qui, ayant été considéré à tort comme atteint de goitre adénomateux avec hyperthyroïdie, n'avait pas reçu le traitement par l'iode avant l'opération », et il conclut : « toutefois, l'iode ne peut guère être envisagé actuellement, *sauf rares exceptions*, que comme médication temporaire, *il freine, mais ne guérit pas les symptômes du goitre exophtalmique*. Il est surtout utile à titre de traitement préopératoire ».

J. M. Read (1), dans la même publication, donne les résultats qu'il obtient par l'iode (Lugol, 3 à 6 gouttes par jour avec des interruptions) chez des opérés non guéris et chez des sujets qui n'avaient reçu jusqu'alors aucun traitement médical ; l'état de ces malades, des derniers surtout, subit une très notable amélioration.

En Angleterre, les recherches sur l'usage de l'iode dans le traitement de la maladie de Basedow parviennent aux mêmes résultats qu'en Amérique.

En 1924, Fraser (2) prononce devant la Société Médico-Chirurgicale de Norwich un discours important sur le rapport de l'iode avec le corps thyroïde et sur son utilisation dans le traitement du goitre exophtalmique. « L'iode, dit-il, peut diminuer le métabolisme basal et la tachycardie, il peut augmenter le poids du corps en entraînant une frappante amélioration de l'état du malade ; cette amélioration

1) Cf. *ibidem*, tome VIII, n° 6.

2) F. M. Fraser, *British Medical Journal*, London, 3 janv. 1925, pp. 1 à 4.

en général ne persiste pas. La plus forte dose d'iode administrée au début doit être environ de 15 milligrammes dans une solution d'alcool à 10 %, mais il ne faut pas, en général, continuer ce dosage plus de quelques jours ou quelques semaines ; si l'on cesse entièrement de donner l'iode, l'état du malade s'aggrave immédiatement. Dans un traitement prolongé, *la dose doit être diminuée dès qu'on voit que l'amélioration du début est arrêtée*, et il faut continuer à la dose de 3 à 6 mg. par jour. Le dosage doit être très soigneusement fait d'après l'état du patient qui empire lorsque celui-là augmente ». Les observations portent sur 24 malades.

Au même moment, S. I. Cowel et Mellanby (1) publient une étude histologique et chimique des glandes thyroïdes chez les basedowiens et les résultats cliniques obtenus dans les quelques cas traités par l'iode. Pour eux, comme pour les Américains, le traitement par les iodures dans les cas d'hyperthyroïdisme de toute espèce est recommandé comme une aide aux autres modes du traitement ; une période d'administration d'iodures leur paraît très utile comme préliminaire à un traitement chirurgical.

Richard B. Catell (2), dans une étude histologique et chimique sur les changements produits dans la glande par l'administration de l'iode (solution de Lugol) conclut : « L'amélioration clinique observée après l'administration de l'iode est en relation avec le changement structural et chimique de la glande, celui-ci est plus marqué par un simple emploi de la solution de Lugol que par la ligature du pôle supérieur et même par l'hémi-thyroïdectomie.

Dans « The Lancet » (3), Jackson écrit en 1925 : « 63

---

1) Cowel et Mellanby, « *The effect of Iodine of hyperthyroïdism* », dans *The Quartely Journal of Medecine*, nov. 1924, n° 69, pp. 1 à 18.

2) Richard B. Catell, *La pathologie du goitre exophtalmique, dans Med. and Surg. Journal*, Boston, 1925, Vol. CXCII, n° 21, pp. 989 et 2894.

3) *The Lancet*, 1er avril 1925, p. 759. A. Jackson, « *L'iode comme aide à la chirurgie dans le traitement du goitre exophtalmique* ».

sur 66 malades avec goitres exophtalmiques que nous avons opérés entre octobre 1922 et octobre 1924 ont été traités par l'iode. Il n'y a eu parmi ceux-ci aucune mortalité chirurgicale ou médicale. Cependant, tous ont été opérés et la thyroïdectomie et la ligature ont été parfois pratiquées dans des cas très dangereux »... « Quand nous avons reconnu le remarquable bienfait de l'iode, le nombre des opérations préliminaires a été réduit et *les vingt-cinq dernières thyroïdectomies ont été faites sans aucune intervention précédente* », et il ajoute : « En proportion du degré d'amélioration clinique, il y avait une réduction du chiffre du métabolisme basal : il tombait en moyenne à + 19 %. Dans les cas où l'administration de Lugol était continuée plus longtemps que la période préopératoire (5 jours en moyenne), la réduction de ce chiffre s'accroissait, mais comme je savais que ces patients ne pouvaient pas être guéris cliniquement par le simple emploi de l'iode, et comme j'avais confiance dans leur état pour subir la thyroïdectomie, il m'a semblé qu'il n'était pas nécessaire de prolonger la période de préparation au-delà ». Et dans sa conclusion : « L'usage de l'iode, dit-il, prévient ou guérit une crise fatale, il prévient l'hyperthyroïdisme préopératoire... »

Les travaux de Frank Lahey (1), à Boston, et H. Thomas et W. Rienhoff (2) à Baltimore, en 1925, aboutissent aux mêmes conclusions.

Tandis qu'en Amérique et en Angleterre, le traitement des goitres exophtalmiques par la médication iodée rencontrait une faveur croissante, dans d'autres pays, au contraire, les hésitations ou même les critiques se faisaient encore sentir. En Autriche, Bield et Redlish (3), en septembre 1925, semblent partisans du traitement iodé « dans les cas

1) Frank Lahey. *L'emploi de l'iode dans le goitre, dans Med. and Surg. Journal*, Boston, Vol. CXCIII, n° 11, 10 sept. 1925.

2) « *Iodine in the treatment of hyperthyroïdisme* », H. Thomas et W. F. Rienhoff, Baltimore, 1925.

3) Bield et Redlish, « *Le traitement par l'iode des hyperthyroïdies* », dans *Med. Klinick*, t. XXI, n° 37 et 38, 11 et 18 sept. 1925.

de goitres exophtalmiques vrais présentant des stigmates de la constitution hypoplasique ou thymolymphatique, alors qu'il leur paraît contre-indiqué dans les cas où le goitre existe longtemps avant que ne se développent les manifestations d'hyperthyroïdie. Dans le premier cas, l'iode doit être donné à dose déterminée : 15 gouttes de Lugol, soit 70 mg. d'iode par jour par cure de 8 à 12 jours, séparée par 3 à 5 jours d'interruption. » Mais Redlish (1), un mois plus tard en octobre 1925, publiait un article sur les dangers de la thérapeutique iodée dans la maladie de Basedow et dans les hyperthyroïdies, il dit avoir été frappé non seulement par l'action néfaste de la médication iodée dans la maladie de Basedow, mais encore par le nombre considérable d'hyperthyroïdies iodiques que l'on rencontre en clinique — hyperthyroïdies dues à un abus du traitement iodé — et il conclut « malgré l'opinion divergente de quelques cliniciens américains, le traitement de la maladie de Basedow par l'iode constitue quand il n'est pas étroitement surveillé un véritable danger pour le malade ».

A Munich, la même année, en juillet 1925, Eimer (2) écrivait : « La question de la maladie de Basedow d'origine iodique est à l'ordre du jour depuis la campagne qui a été faite surtout en Suisse et en Autriche pour le traitement du goître par l'iode. Or, précisément, dans les régions d'endémie goitreuse, ou chez les goitreux en général, il existe une sensibilité particulière à l'iode. Aussi a-t-on pu assister à l'éclosion de toute une série de syndromes hyperthyroïdiens ou même de véritables maladies de Basedow d'origine iodique ». Il étudie de plus un cas de Basedow survenu à la suite d'un traitement d'asthme par l'iode chez une femme de 32 ans qui n'avait aucune hérédité thyroïdienne, ori-

1) Redlish, « *Dangers de la thérapeutique iodée dans la maladie de Basedow et dans les hyperthyroïdies* », dans « *Wiener Klin. Wochenschrift* », vol. XXXVIII, n° 41, 8 octobre 1925.

2) K. Eimer, « *Dangers du traitement par l'iode* », dans *Munchen. Med. Wochenschrift*, t. LXXII, n° 28, 10 juillet 1925.

ginaire des environs de Marbourg où l'on ne connaît aucune endémie goitreuse.

En avril 1925, à Aarau (Suisse), E. Bircher (1) dans un article intitulé « Le traitement iodique du goitre », dit avoir observé depuis la guerre de nombreux cas d'hyperthyroïdisme à la suite du traitement des goitres par l'iode — maladies iodiques qui se rapprochent du Basedow sans cependant s'identifier complètement avec lui. Les conditions de son apparition sont très variables et il faut tenir grand compte de la sensibilité individuelle à l'iode. Les accidents peuvent revêtir 3 formes qu'il étudie : cardiaque, intestinale ou endocrinienne. Et plus loin, il écrit : « La connaissance de ces accidents pénibles ne doit cependant pas faire renoncer à la thérapeutique du goitre par l'iode ». Il cite certaines précautions à prendre afin de les éviter : premièrement ne pas en donner aux sujets atteints de lésions cardiaques, *de diabète*, de goutte, d'ictère, de même les troubles menstruels, le fibrome, sont des contre-indications formelles. Il termine, en écrivant : « Il y aurait intérêt dans le traitement du Basedow, à remplacer l'iode par une substance analogue dans son action thérapeutique mais présentant moins de danger ».

En Italie, Maselli (2) en novembre 1926, après avoir cité quelques résultats surprenants obtenus avec l'iode, signale aussi des échecs complets et conclut : « Nous recommandons la plus grande prudence dans l'emploi de l'iode dans la maladie de Basedow, car, si de bons résultats ont été obtenus, il y a toujours des dangers dans la cure exclusive par l'iode ».

A la même époque, en France et en Belgique, la médication iodée paraît obtenir définitivement gain de cause.

---

1) E. Bircher-Aarau, « *Le traitement iodique du goitre* » dans *Klinisch. Wochenschrift*, t. IV, n° 16, 14 avril 1925.

2) Maselli. « *L'uso del iode nel morbo di Flaiani-Basedow* » dans *Il policlinico*, Vol. XXXIII, fasc. 2, 1er novembre 1926.

En novembre 1926, M. Marcel Labbé, à la suite de dix observations cliniques, écrit : « Nous avons prolongé le traitement iodé chez nos malades pour essayer d'obtenir une action curative par périodes discontinues, répondant à la moitié des mois. Il nous semble qu'on peut, sans inconvénient, le donner d'une manière continue pendant des semaines et peut-être des mois. L'une de nos malades qui avait pris de l'iode 15 jours sur 30 pendant 6 mois était, lorsque nous la revîmes, apparemment guérie. Les considérations que nous venons d'exposer nous mènent à conclure que l'iodothérapie est une méthode souvent efficace lorsqu'elle est appliquée au goitre exophtalmique, qu'elle produit des améliorations rapides et remarquables et qu'on peut espérer, grâce à un emploi prolongé, aboutir à une guérison définitive obtenue avec moins de risques et à moins de frais que par la chirurgie et la radiothérapie » (1).

Et, dans un autre article (2) le 20 décembre 1926, M. Marcel Labbé ajoutait : « Si jusqu'ici les auteurs américains n'ont pas observé de guérisons complètes par l'iode, c'est peut-être simplement qu'ils ne l'ont pas cherché. »

Cependant, quelques mois plus tard, M. Sainton (3) écrivait : « Il n'y a pas un traitement, *mais des traitements* du goitre exophtalmique », et, après un historique sur le traitement iodé où il cite ses adversaires et ses partisans (Walberg et Dautrebande) il dit : « Pour ces derniers, c'est une médication curative et non palliative et dont il ne faut user qu'avec prudence ». Et il conclut : La rémission iodique est est incontestable, « quand je prends de l'iode, j'ai des ailes », disait un de ses malades, et plus loin, « le traitement iodé ne doit pas être érigé en traitement systématique, il n'est pas sans danger et ne peut être une médication fondamentale ».

---

1) Marcel Labbé, *Journal de Medecine de Paris*, 8 novembre 1926.

2) Marcel Labbé, *Clinique et Laboratoire*, 20 décembre 1926.

3) M. P. Sainton, *Comment traiter un goitre exophtalmique ?* dans *La Semaine des Hopitaux de Paris*, n° 16, p. 469, 31 octobre 1929.

En Belgique, le traitement par l'iode des hyperthyroïdies et en particulier du Basedow est étudié avec beaucoup de soins. En juin 1926, M. Slosse (1) dans une communication à Bruxelles présente cinq cas de Basedow traités par l'iode. De l'examen de ces observations, il ressort, dit-il, trois faits fondamentaux : premièrement l'abaissement du métabolisme basal ; deuxièmement la diminution rapide du pouls; troisièmement l'augmentation du poids. Il signale que ce traitement doit être appliqué dans la maladie de Basedow et non dans le goitre toxique (ou goitre basedowifié) dont la différenciation clinique est souvent délicate.

En 1927, M. Dautrebande après une classification physiologique et pathologique du goitre (2) étudie avec M. Lemort (3) le traitement des goitres par l'iode à doses continues et progressives. *Il se base pour l'augmentation de la quantité d'iode sur le métabolisme basal,* « si au moment d'une recrudescence du métabolisme basal au cours de la cure iodée, on augmente la dose de Lugol, on obtient une amélioration du type habituel » et il ajoute : « l'hyperthyroïdie due à l'iode nous semble donc, dès à présent, pouvoir être mise en doute »... « l'iode en provoquant un abaissement prolongé et permanent du métabolisme basal réduit l'activité de tous les tissus et permet, par le fait même, d'arrêter l'excitation anormale à laquelle se trouve soumise la thyroïde. Il provoquerait ainsi une véritable régulation secondaire de la sécrétion thyroïdienne » (4).

Enfin, vers cette époque, les pays qui avaient été les plus réfractaires à l'usage de la méthode iodée finissent par l'ac-

---

1) Jean Slosse, *Traitement iodé dans le goitre exophtalmique,* dans *Bruxelles Médical,* 1er novembre 1926.

2) *Presse Médicale,* n° 7, 22 janvier 1927.

3) Dautrebande et Lemort, *Bulletin de l'Académie Royale de Médecine de Belgique,* pp. 887 à 922.

4) *Presse Médicale,* 27 octobre 1928, « *Traitement de l'hyperthyroïdie* ».

cepter. En Suisse, Clairmont et Meyer, à Zurich, en font un traitement pré-opératoire de choix (1).

En Allemagne, à la clinique Neisser, Springborn et Gottschalk se servent du Lugol et ces auteurs croient reconnaître « que les faibles doses sont beaucoup mieux supportées en Allemagne que les fortes doses recommandées en Amérique » (2).

Enfin, en 1929, M. Marcel Labbé montre l'heureuse influence de l'iode dans le traitement *du goitre associé au diabète* (3). Il dit : « L'iode qui a ramené le métabolisme basal à la normale a exercé aussi une action sur le diabète en élevant la tolérance pour les hydrocarbonés ».

Signalons enfin une thèse toute récente soutenue à Lyon par M. Peycelon (4), thèse chirurgicale, dans laquelle la médication iodée est considérée comme un traitement pré-opératoire de choix et non comme curative par elle-même. Il y est dit : « L'iode est le médicament essentiel dans le traitement préopératoire. Il amène une rémission manifeste des troubles cliniques et une chute du M. B. Ces résultats ne sont pas définitifs et l'iode ne peut être considérée comme une médication curatrice ».

Tel est le point où en sont arrivées les recherches aujourd'hui. Elles nous donnent la mesure du chemin parcouru depuis cent ans et qu'il importe de récapituler maintenant.

Pressentie seulement par les anciens, la médication iodée du goitre exophtalmique est découverte au début du XIX^e^ siècle.

Son usage encore empirique se répand peu à peu jusqu'à

---

1) Clairmont et Meyer. « *Deuts. Méd. Wochensch.*, t. XIV n° 38, 30 nov. 1928.

2) A. Springborn et A. Gottschalk, « *Iode et Maladie de Basedow* », dans *Deutsch. Archiv. für kli. Med.* », t. CLXI, n° 5 et 6, nov. 1928.

3) Marcel Labbé et Gilbert Dreyfus, « *Diabète et goitre exophtalmique associés* ».

4) Peycelon, *Thèse* 1929.

l'époque où Kocher (1900) vint en montrer les dangers. Sous son influence, la médication iodée paraît perdre tout crédit pendant de longues années. Neisser, en 1920, tente de la remettre en usage par dose fragmentée. Devant d'heureux résultats, la terreur de l'iode due aux accidents décrits par Kocher se perd peu à peu en Europe. En Amérique, l'iode devient la médication préopératoire de choix destinée à améliorer l'état du malade et à supprimer les dangers des opérations nécessaires. En France, enfin, les travaux de M. Marcel et, en Belgique, ceux de M. Dautrebande, tendent à généraliser l'usage de la médication iodée appliquée à tous les cas de maladie de Basedow.

Il est temps maintenant de présenter les quelques observations que nous avons pu recueillir dans le service de M. Marcel Labbé à La Pitié, et dont nous essaierons de tirer une conclusion intéressante.

Observations

I. Traitement iodé seul, nos 1 à 19

OBSERVATION I

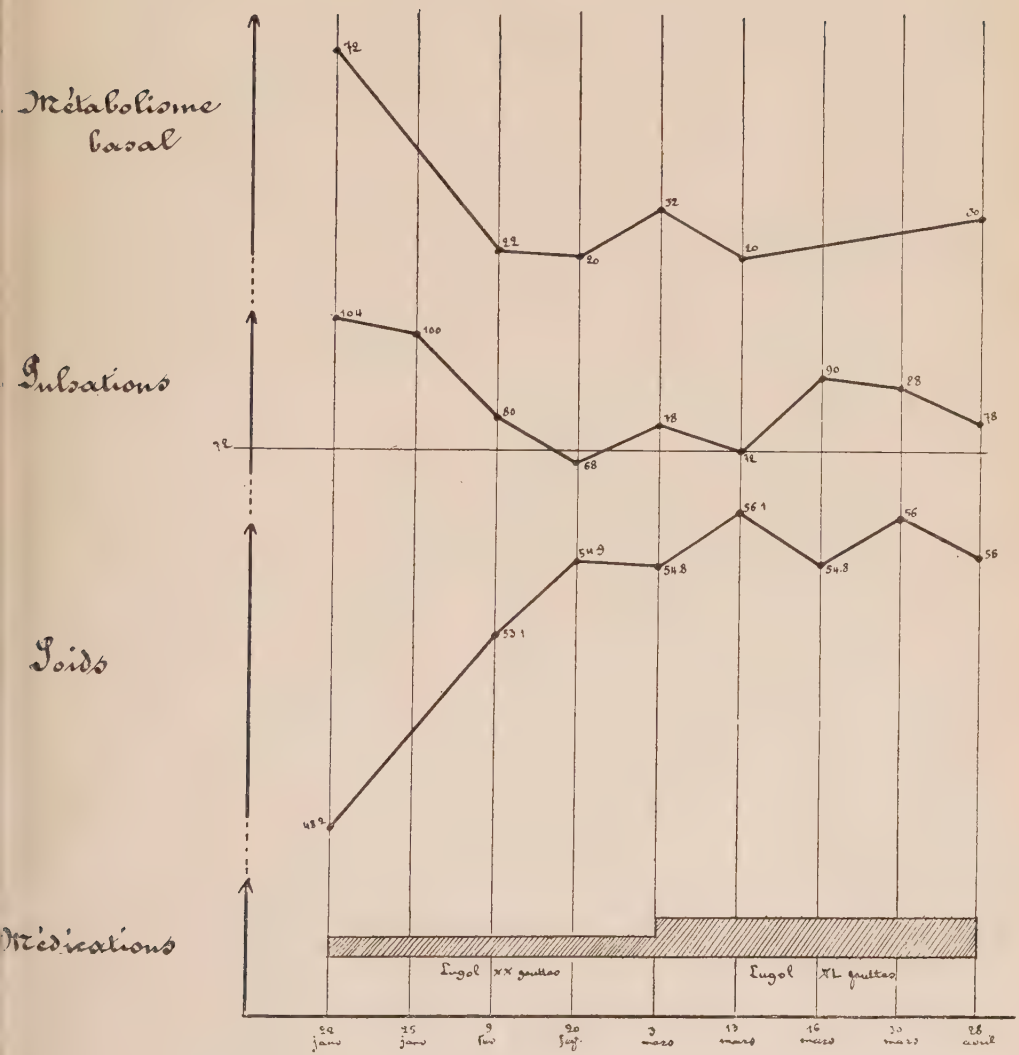
M. Pe... vient consulter pour Basedow et avec un M. B. à plus 72 %, le 22 janvier.

Le 9 février, le M. B. est tombé avec XX gouttes de Lugol par jour à plus 20 %. A partir du deuxième mois, le M. B. remonte un peu, on double la dose de Lugol. Le 28 avril, le M. B. est à plus 30 %. Le pouls, qui était à 104, est à 78. Le malade a augmenté de sept kilos.

On lui conseille de continuer l'iode quand il est fatigué et de suivre la consultation, en juin, le M. B. est à plus 39 %.

Publié Marcel Labbé. Annales de Médecine, n° 1, janvier 1929.

OBSERVATION I



OBSERVATION II

Mme Le..., 27 ans, malade entrée trois semaines avant à Laribosière pour goitre exophtalmique, tremblements, goitre dur, pulsatil.

Le 20 avril 1928, pouls à 88, métabolisme basal à plus 23 %, poids 42 kilos. On la met à XX gouttes de Lugol.

Le 29 avril, le pouls est à 100, le M. B. à plus 45 %, le poids à 42 kg. 200. On la met à XL gouttes de Lugol.

Le 7 mai, pouls 76, M. B. plus 13 %, poids 43 kilos.

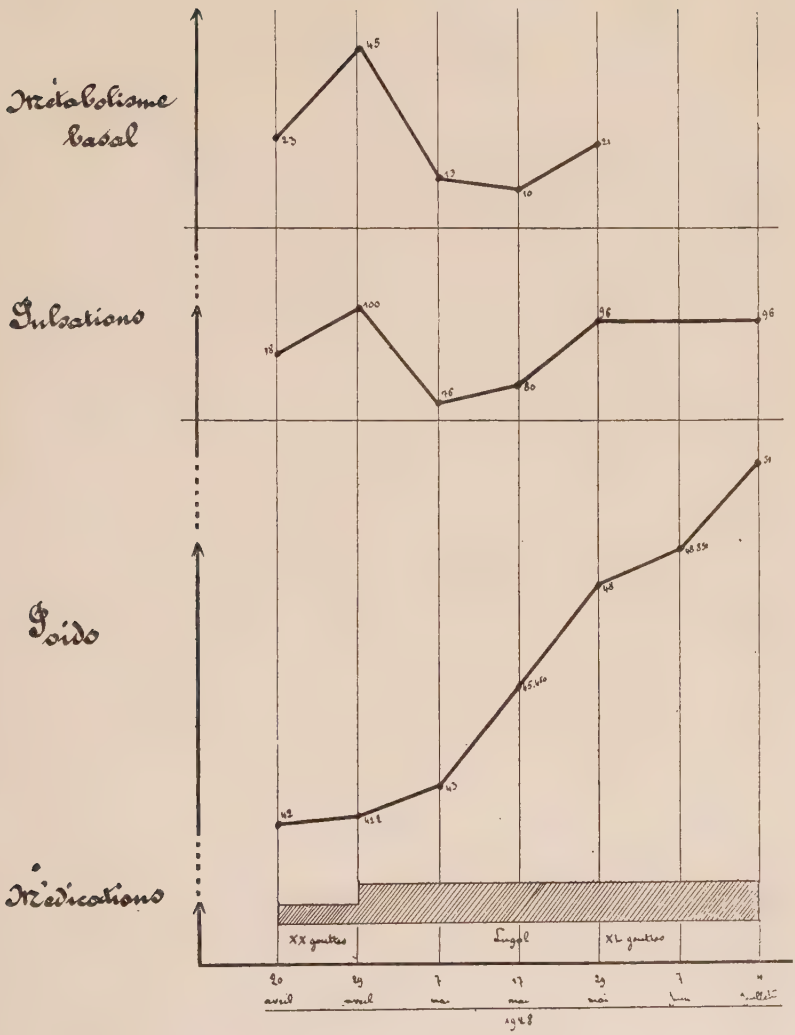
Le 17 mai, pouls à 80, M. B. à plus de 10 %, poid 45 kg. 450. La malade commence à sortir.

Le 29 mai, le M. B. est à plus 21 %, le pouls à 96, le poids à 48 kilos.

Le 7 juin, la malade pèse 48 kg. 850 ; elle quitte le service, mais continue à prendre XL gouttes de Lugol.

Le 4 juillet, le poids est à 51 kilos ; la malade se sent beaucoup mieux, son pouls reste à 96, et les règles qui étaient supprimées depuis un an réapparaissent.

OBSERVATION II



OBSERVATION III

Mlle Gr..., 34 ans, entre le 26 juin 1929 avec maladie de Basedow diagnostiquée depuis un an, alors qu'on la traitait depuis 10 ans pour des brûlures et crampes d'estomac. Le métabolisme basal est à plus 61 %.

Elle est d'abord traitée, mais irrégulièrement, par X à XV gouttes d'iode par jour. Il y a soulagement de l'estomac, le M. B. tombe à plus 18 %, le pouls est à 100. On note des tremblements. La malade pèse 46 kilos.

On lui donne XXX gouttes de Lugol par jour, le 1er juillet.

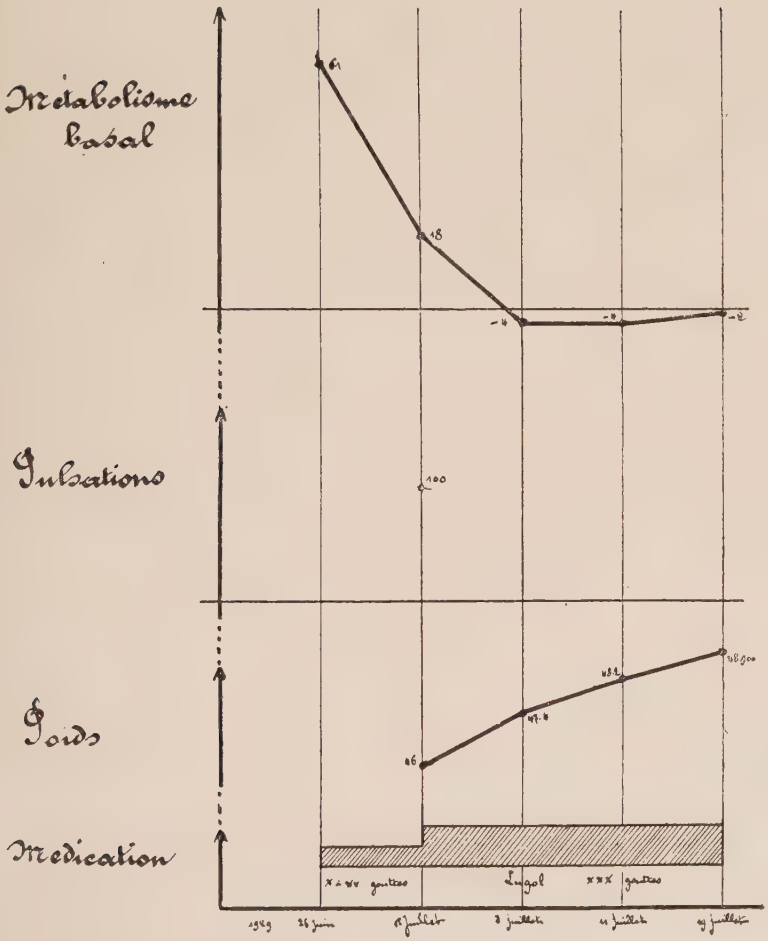
Le 3 juillet, le M. B. est à moins 4 %, poids 47 kg. 400.

Le 11 juillet, le M. B. est à moins 4 %, le poids est de 48 kg. 200.

Le 19 juillet, le M. B. est à moins 2 %, la malade a augmenté de poids et pèse 48 kg. 900.

On supprime le Lugol. La malade se sent très améliorée.

OBSERVATION III



OBSERVATION IV

Mme Ro..., 21 ans, vient consulter pour tremblements, palpitations, chaleurs, règles irrégulières.

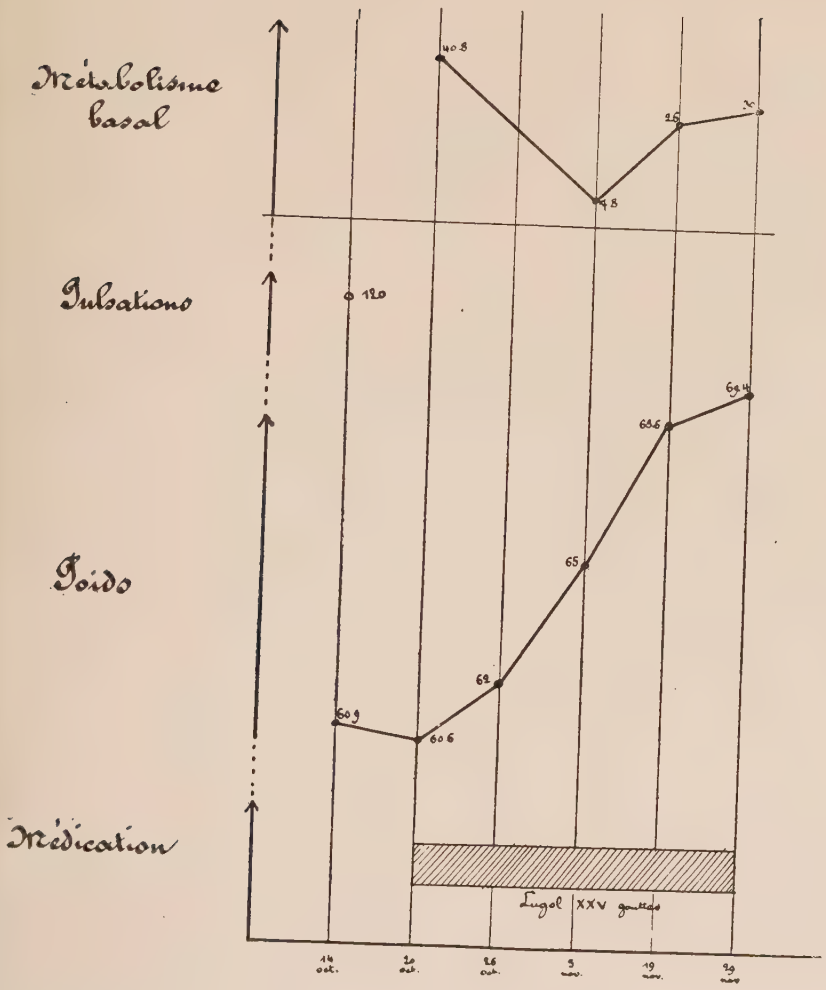
Se présente avec un goitre, avec pulsations et souffle. De l'exophtalmie, de la tachycardie. Pouls à 120, le 14 octobre.

Le tout aurait débuté il y a cinq ans. Le goitre aurait diminué en 1923 pour reparaître en 1926, où on le traite par l'iode et par les rayons X. En même temps, syphilis traitée par arsenic sans succès.

On commence l'iode le 20 octobre, XXV gouttes de Lugol par jour. Le 5 novembre, le métabolisme basal est tombé de plus 40,8 % à plus 7,8 %. Le 19 novembre, le M. B. est à plus 26 %. Le 29 novembre, le M. B. est à plus 30 %, mais la malade a augmenté de 9 kilos depuis le 26 octobre.

Publié Marcel Labbé. Annales de Médecine, n° 1, janvier 1929.

OBSERVATON IV



OBSERVATION V

Mlle Mo... entre à l'hôpital parce que son cou a grossi depuis un an.

On constate de l'exophtalmie, chaleurs, sueurs, goitre avec Thrill et souffle, tachycardie.

On la met au Lugol, XX gouttes.

Le 21 juillet 1928, poids 57 kg. 100, métabolisme basal à plus 61 %.

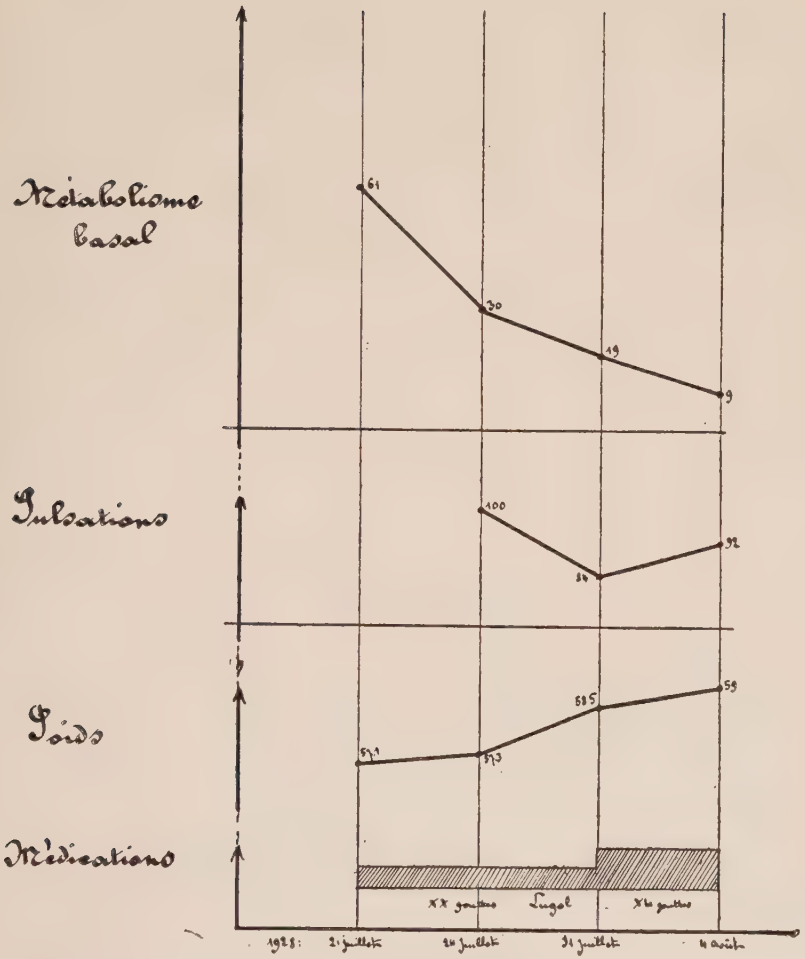
Le 24 juillet, le M. B. est à plus 30 %, le pouls à 100, le poids est de 57 kg. 300.

Le 31 juillet, le M. B. est tombé à plus 19 %, le pouls à 84 ; la malade pèse 58 kg. 500. On donne XL gouttes de Lugol.

Le 4 août, le M. B. est à plus 9 %, le pouls à 92, le poids à 59 kilos.

La malade quitte alors le service très améliorée.

OBSERVATION V



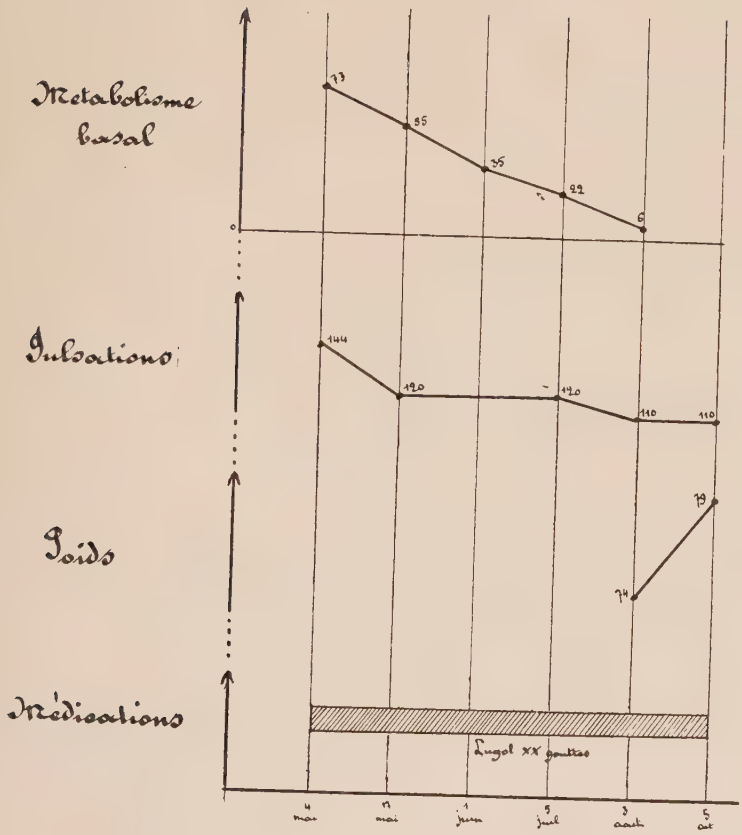
OBSERVATION VI

Mme Tr... présente un goitre depuis 5 ans. Actuellement, le 4 mai, elle a des tremblements, des palpitations, des bouffées de chaleur, de l'amaigrissement ; c'est un goitre basedowifié.

On la traite à l'iode à raison de XX gouttes de Lugol par jour. Le métabolisme basal qui, le 4 mai, est de plus 73 %, tombe progressivement pour atteindre, le 3 août, plus 6 %, le pouls est tombé de 144 à 110, et le poids est passé du 3 août au 5 octobre de 74 kilos à 79 kilos.

Publié Marcel Labbé. Annales de Médecine, n° 1, janvier 1929.

OBSERVATION VI



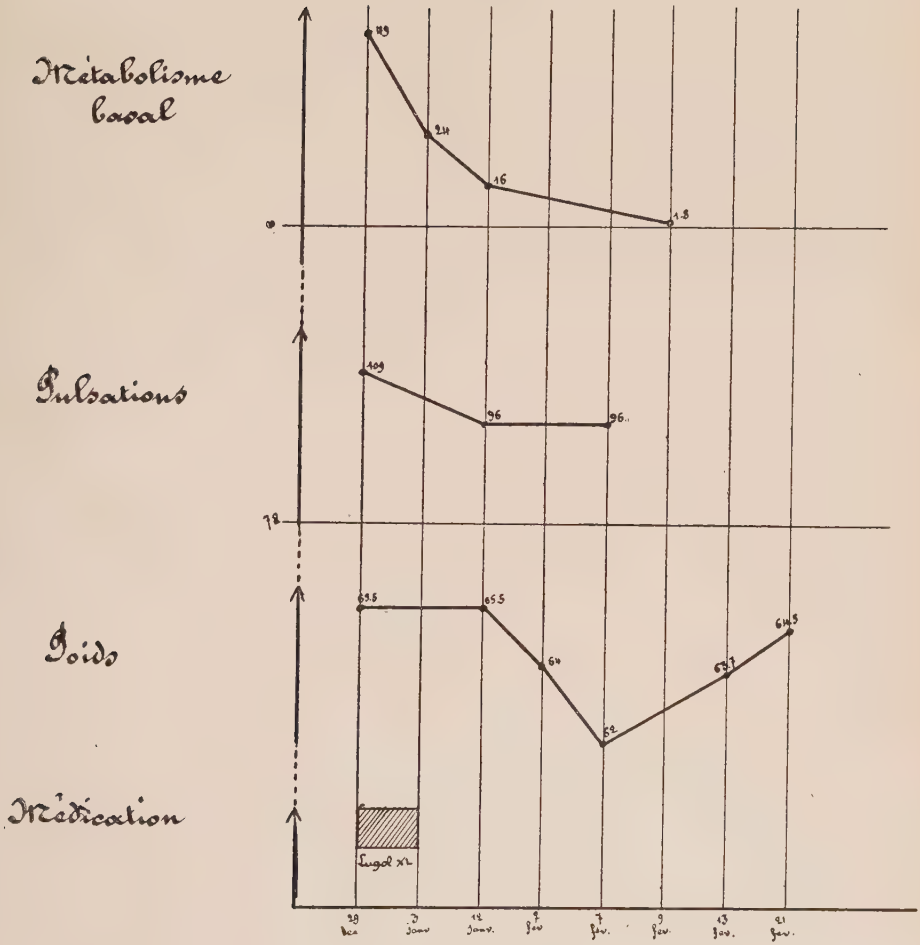
OBSERVATION VII

M. St... vient consulter parce qu'il a des palpitations, des tremblements, de l'amaigrissement, un goitre, pas d'exophtalmie.

Le 29 décembre, son pouls est à 109, son métabolisme basal est à plus 49 %. On lui donne jusqu'au 3 janvier, c'est-à-dire pendant 5 jours, XL gouttes de Lugol par jour. Le 3 janvier, le M. B. est tombé à plus 24 %. Le 9 février, alors que l'on a supprimé le Lugol depuis un mois, le M. B. est tombé à plus 1,8 %. Le 21 février, le poids a encore augmenté, et le malade se sent bien.

Publié Marcel Labbé. Annales de Médecine, n° 1, janvier 1929.

OBSERVATION VII



OBSERVATION VIII

Mme Sé..., 45 ans, vient consulter le 20 mai 1927, avec un goitre exophtalmique, des tremblements, de l'amaigrissement, de l'œdème des jambes; un pouls à 108, le métabolisme basal est à plus 68 %.

On lui donne de l'iode pendant un mois, la malade le supporte mal, elle a des palpitations, de l'insomnie, on l'envoie à la campagne, mais le 26 octobre, son pouls est à 140, le 8 novembre il atteint 170, le M. B. est à plus 45 %. On la remet à l'iode qu'elle supporte, et quinze jours plus tard, le 23 novembre, le M. B. est à plus 18 %, le pouls à 108, la poussée évolutive est arrêtée.

Publié Marcel Labbé. Annales de Médecine, n° 1, janvier 1929.

OBSERVATION VIII

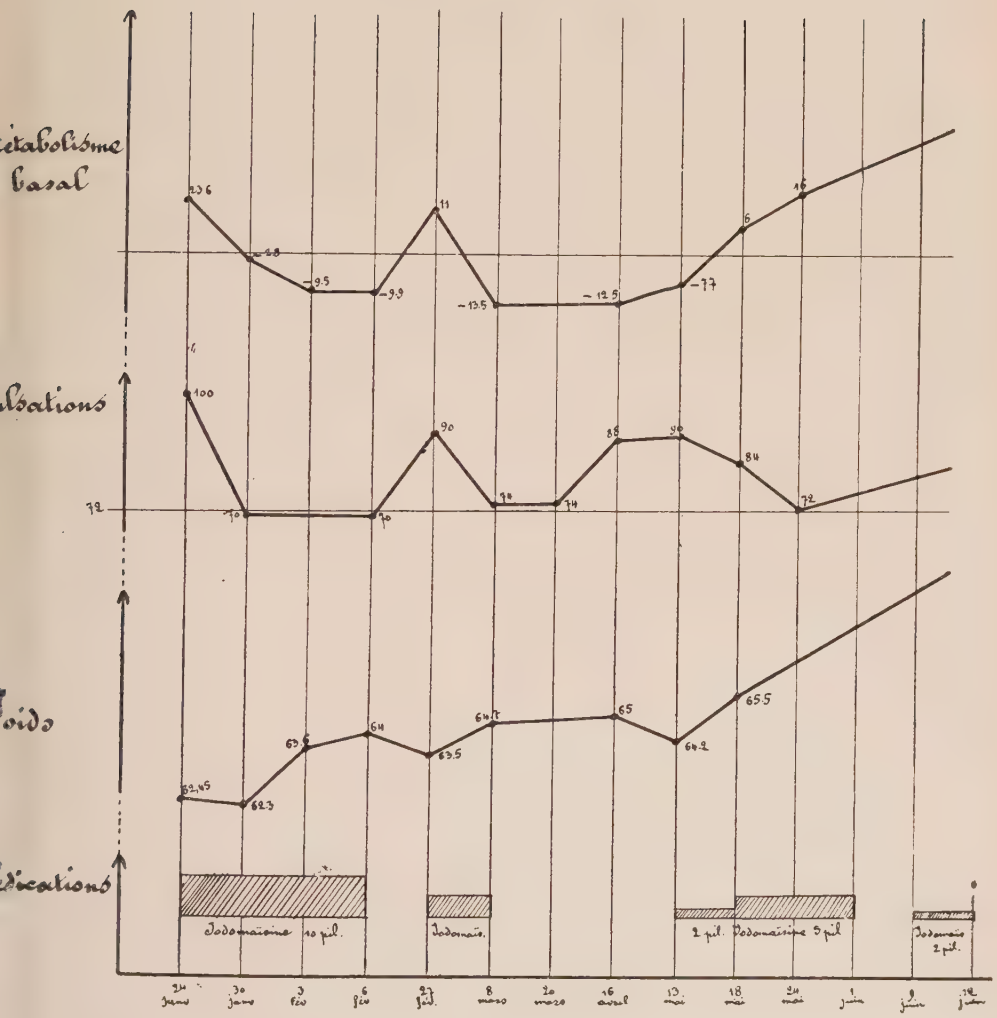
OBSERVATION IX

M. Pa..., 64 ans, est atteint, il y a dix-sept ans, de maladie de Basedow, avec tachycardie, sueurs, amaigrissement, sans goitre. sans exophtalmie. Il a été traité par de l'hématoéthyroïdie.

Il y a six mois, reprise d'exophtalmie progressive très marquée, avec tachcardie, amaigrissement, pas de goitre. Il est traité par l'électricité galvanique, sans aucun résultat.

Le 21 janvier le métabolisme basal est alors à plus de 23,6 % on lui donne 10 pilules quotidiennes d'iodomaïsine, le pouls est à 100, le poids à 62 kilos 450. Le 6 février, le M. B. est tombé à moins 9,9 %, le pouls à 70, le poids à 64 kilos. On cesse l'iode qu'on redonne de temps en temps, et le malade se maintient avec : diminution de l'exophtalmie et M. B. au-dessous de la normale jusqu'au 13 mais, mais à partir de ce moment et malgré l'iode, le M. B. remonte. Le 12 juin, le M. B. est à plus 35 %, le pouls n'est pourtant qu'à 84 et le malade continue à augmenter de poids, à cette date il pèse 69 kilos.

OBSERVATION IX



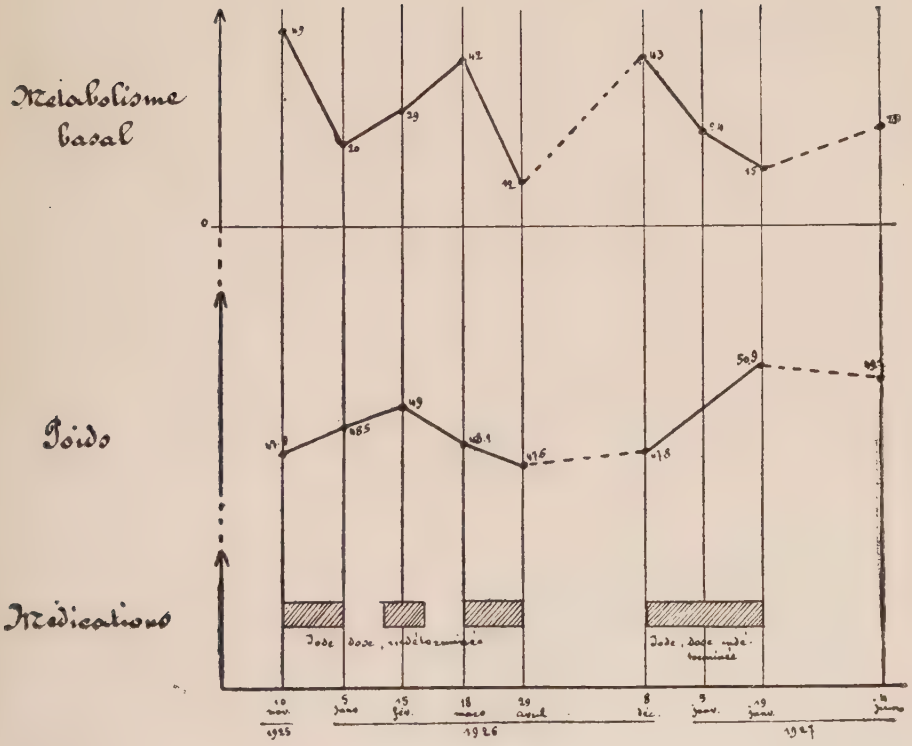
OBSERVATION X

Mme Lia..., 62 ans, dit avoir un goitre depuis 20 ans qui aurait augmenté depuis 6 ans. Actuellement elle présente des palpitations, des sueurs, des bouffées de chaleur, de la tachycardie avec arythmie, des tremblements, de l'insomnie, pas d'exophtalmie. A partir du 10 novembre 1925, on la traite par l'iode. Le 5 janvier, le métabolisme basal est tombé de plus 49 % à plus 20 % depuis cette date, la malade prend de l'iode de temps à autre. Le 4 juin 1927 le M. B. est à plus 25 %. La malade a augmenté de 2 kilos, mais elle se plaint de nouveau d'insomnie et on note des palpitations.

Mais deux ans plus tard, la malade se maintient en prenant de l'iode quand elle est fatiguée.

Publié Marcel Labbé. Annales de Médecine, n° 1, janvier 1929.

OBSERVATION X



OBSERVATION XI

Mlle Zv..., âgée de 37 ans, se présente avec un petit goitre, de l'amaigrissement, des palpitations, des tremblements, pas d'exophtalmie. On lui donne, à partir du 26 mai, XX gouttes de Lugol. Le métabolisme basal commence à tomber. On lui donne le 9 juin, XXX gouttes de la même solution. Le 16 juin, le M. B. est à plus 3,6 %, on redonne XX gouttes. Il remonte alors à plus 6,4 %, mais le pouls est tombé de 112 à 80 et la malade a augmenté de poids.

Publié Marcel Labbé Annales de Médecine, n° 1, janvier 1929.

OBSERVATION XI

OBSERVATION XII

Mme Ju..., âgée de 63 ans, dit avoir un goitre depuis 10 ans.

Elle se présente à nous le 4 mai après avoir été traitée sans résultat par l'hématoéthyroïdine, l'ovarine, l'évatol.

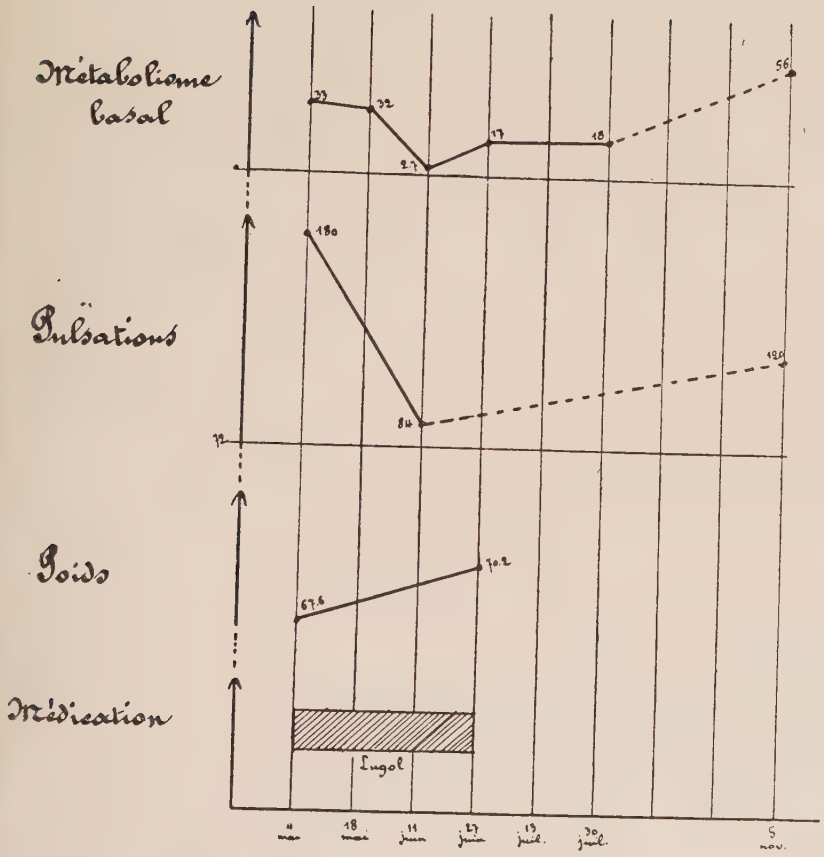
Actuellement, on constate de l'exophtalmie, des tremblements, des bouffées de chaleur, des sueurs, de la tachycardie, de l'impatience, mais pas de goitre.

On la traite au Lugol, le 4 mai, le métabolisme basal est à plus 34 %, le 11 juin, le M. B. est à plus 2 %. On supprime alors le Lugol le 27 juin. Le M. B. se maintient à peu près stationnaire pendant deux mois ; on revoit la malade le 5 novembre, le M. B. est remonté à plus 56 %, le pouls est passé de 80 à 120.

La malade n'est pas revue.

Publié Marcel Labbé. Annales de Médecine, n° 1, janvier 1929.

OBSERVATION XII



OBSERVATION XIII

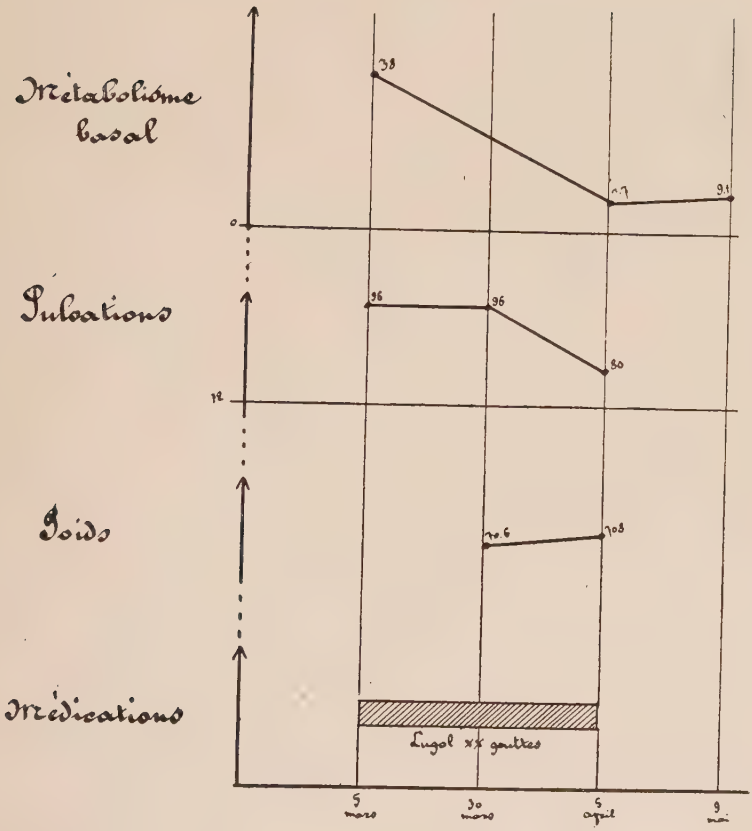
Mme Ber..., âgée de 42 ans, se présente avec des arthropathies des extrémités, un goitre non vascularisé, de la tachycardie, des tremblements, de l'irritabilité, pas d'exophtalmie.

Son métabolisme est alors à plus 38 %, le 5 mars. On la met à l'iode : XX gouttes de Lugol par jour. Le 13 avril, le M. B. est à plus 7,7 %. les signes de Basedow ont diminué, les douleurs ont disparu. On cesse le Lugol, le M. B. remonte en 15 jours à 9,1 %.

Cette malade n'a pas été suivie.

Publié Marcel Labbé. Annales de Médecine, n° 1, janvier 1929.

OBSERVATION XIII



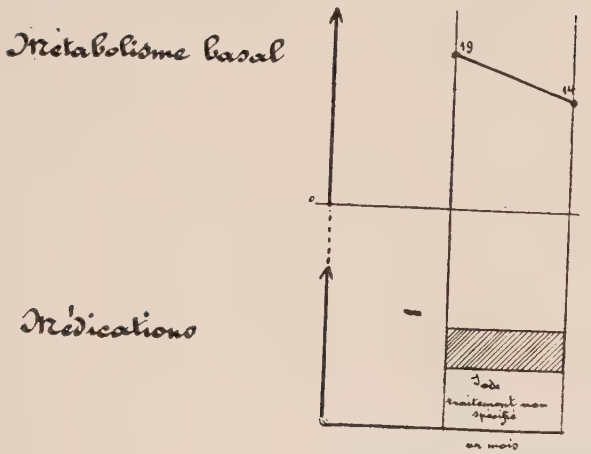
OBSERVATION XIV

Mme Ga., 22 ans, présente un goitre avec hyperthyroïdie depuis trois mois, avec de l'amaigrissement et de la tachycardie.

Le métabolisme basal est à plus 19 %. On la traite par l'iode ; après un mois le M. B. est à plus 14 %. La malade va beaucoup mieux, mais elle n'est pas suivie.

Publié Marcel Labbé. Annales de Médecine, n° 1, janvier 1929.

OBSERVATION XIV



OBSERVATION XV

Mme Mar., 53 ans, présente un goitre adénomateux, avec hyperthyroïdie. Depuis cinq ans, le goitre augmente et la malade a, en même temps, de la tachycardie, de légers tremblements, des bouffées de chaleur, de l'amaigrissement.

Actuellement, elle se présente obèse ; on la met à l'iode : XX gouttes de Lugol par jour. Le métabolisme basal tombe de plus 26 % à plus 14 % en six semaines, la malade est plus calme et se sent mieux.

Publié Marcel Labbé. Annales de Médecine, n° 1, janvier 1929.

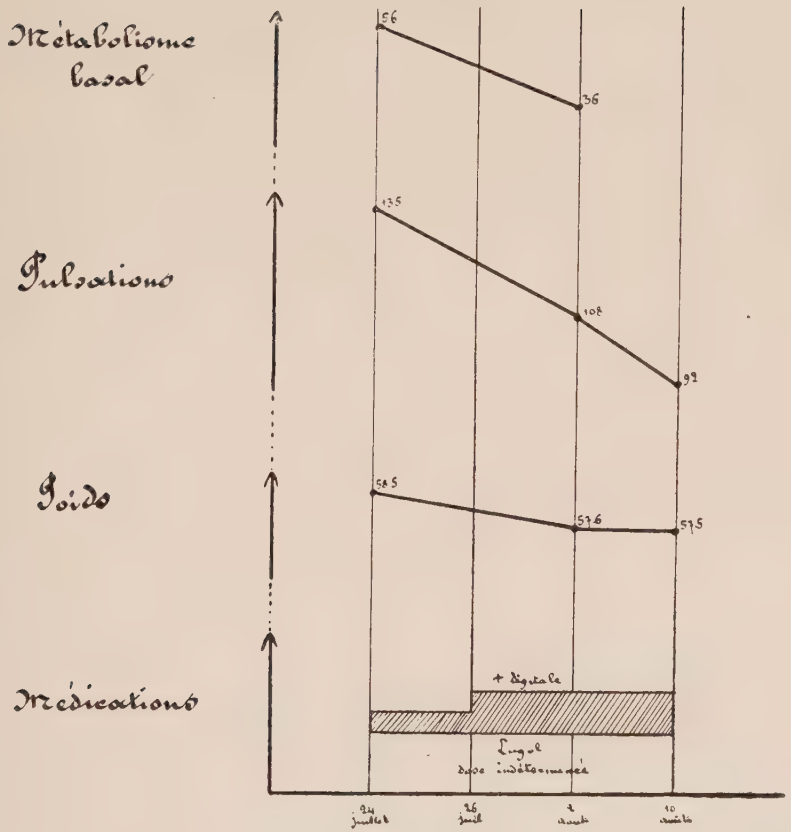
OBSERVATION XV

OBSERVATION XVI

M. Ba., se présente avec un goitre exophtalmique, de la tachycardie, de forts tremblements, de l'obésité, de l'arythmie, tension artérielle 19,5 — 7,5, de l'amaigrissement depuis huit mois, poids 50 kilos. On le traite par l'iode et la digitale. En un mois le métabolisme basal tombe de plus 56 % à plus 36 %. Le pouls de 135 à 92, en même temps, le malade perd un kilo.

Publié Marcel Labbé. Annales de Médecine, n° 1, janvier 1929.

OBSERVATION XVI



OBSERVATION XVII

Mme Pa., 29 ans, entre à l'hôpital le 24 mai 1928 pour amaigrissement, essoufflement, petit goitre. Elle pèse 52 kg. 300 ; le pouls est à 110, le métabolisme basal à plus 105 %.

On la met à XX gouttes de Lugol et on lui donne 4 gr. par jour de salicylate de soude parce qu'elle présente un rétrécissement mitral d'origine rhumatismale.

Le 4 juin 1928, le M. B. est à plus 46 %, le pouls à 86, le poids à 54 kg. 800.

Le 11 juin, pouls à 80, poids 56 kilos, M. B. à plus 41 %. On supprime le salicylate et on met la malade à LXXX gouttes par jour de Lugol.

Le 21 juin, le pouls est à 70, le M. B. est tombé à plus 20 %, le poids passe à 58 kilos.

La malade quitte l'hôpital le 22 juin, très améliorée.

Elle revient à l'hôpital le 26 janvier 1929.

Enceinte de 4 mois, elle présente tous les signes de goitre exophtalmique exagérés : exophtalmie, goitre, tremblements, irritabilité de caractère, troubles digestifs. Le M. B. est à plus 102 %, le pouls à 124, le poids de 55 kg. 500.

On lui donne pendant 5 jours de la digitaline X gouttes.

Le 8 février, son poids est à 54 kg. 700. Son pouls à 132, le M. B. à plus 120 %. On la met à XXX gouttes de Lugol.

Le 20 février, le poids est à 58 kilos, le M. B. à plus 70 %, le pouls à 98.

Le 27 février, le poids passe à 60 kilos, le M. B. tombe à plus 47 %, le pouls à 88.

Le 8 mars, le poids est à 62 kg. 800, le M. B. à plus 80 %, le pouls à 104. On la met à L gouttes de Lugol.

Le 12 mars, le poids est à 64 k. 100, le M. B. à plus 51 %, le pouls à 110.

Le 19 mars, on met la malade à LXX gouttes de Lugol.

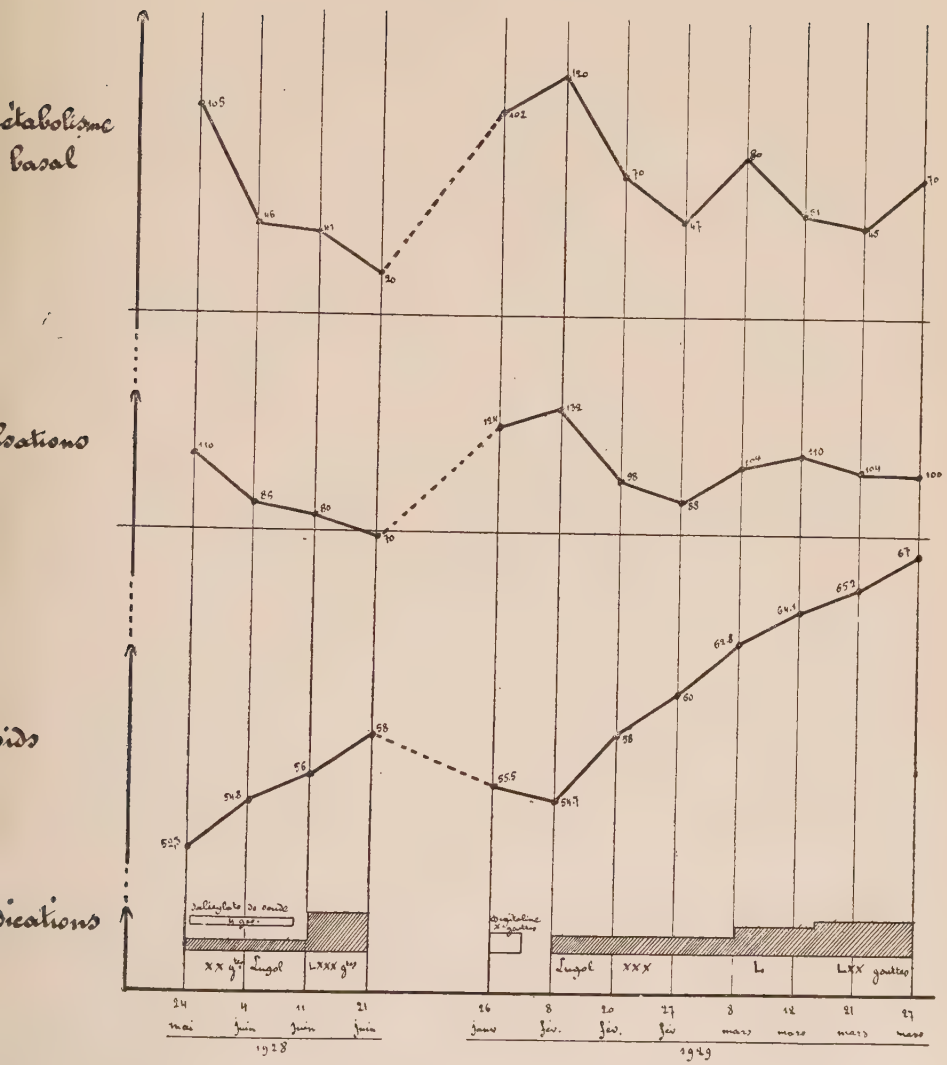
Le 21 mars, la pesée accuse 65 kg. 200, le M. B. est à plus 45 %, le pouls à 104.

Le 27 mars 1929, le M. B. est à plus de 70 %, le pouls est à 100, la malade pèse 67 kg.

Elle quitte l'hôpital le 7 avril très améliorée.

Elle y rentre, après un accouchement à 8 mois, des suites de couches normales, le 14 mai ; elle est passée en service d'infectieux attendu qu'elle présente un érysypèle. Quelques jours après elle fait une scarlatine dont elle meurt le 10 juin 1929, de septicémie à streptocoques.

OBSERVATION XVII



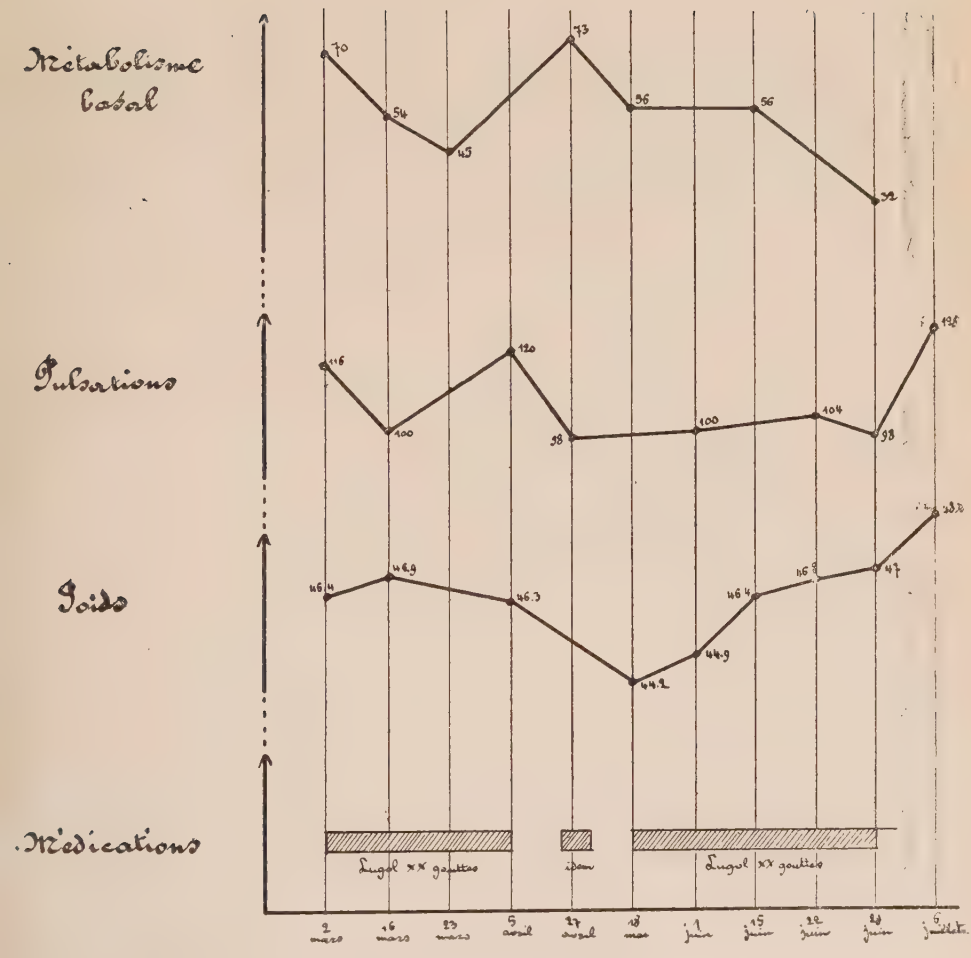
OBSERVATION XVIII

M. Le., présente une maladie de Basedow qui a débuté brusquement en 1918. Il a été traité sans résultat par l'extrait thyroïdien et par l'hématoéthyroïdine.

Il vient consulter le 2 mars avec un pouls à 116, un métabolisme basal à plus 70 %. On le met au Lugol : XX gouttes par jour. Après quelques oscillations dans les résultats, et tout en continuant le traitement, le 29 juin, le M. B. est tombé à plus 32 %, le pouls est à 98. Le 6 juillet, malgré le traitement et l'amélioration de l'état général, le pouls est remonté à 125, mais le malade a augmenté de 4 kilos.

Publié Marcel Labbé. Annales de Médecine, n° 1, janvier 1929.

OBSERVATION XVIII

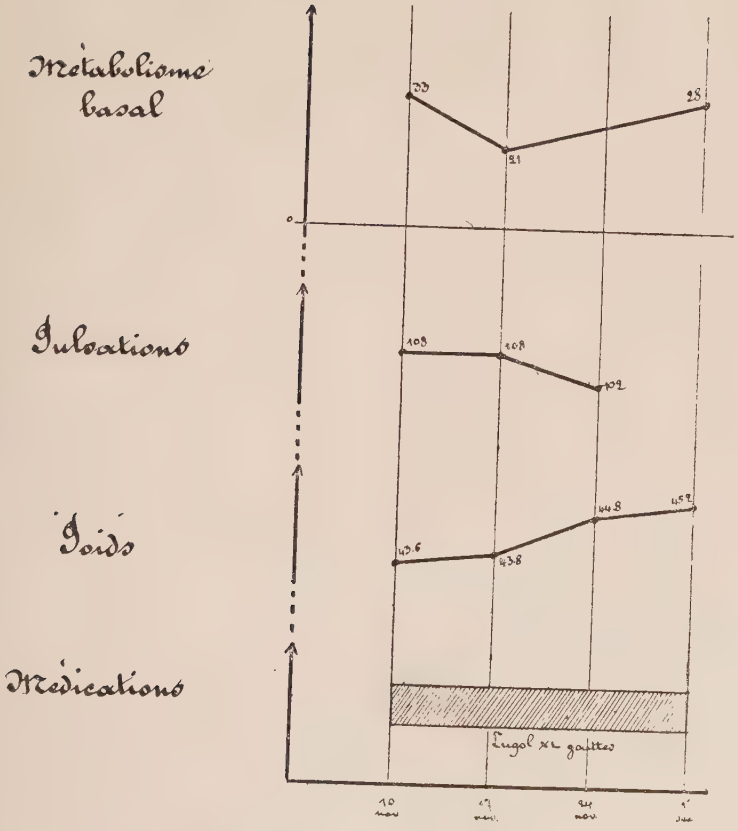


OBSERVATION XIX

Mme Thi..., se présente avec un goitre, des palpitations, de l'amaigrissement, des bouffées de chaleur, pas de tremblement. On la traite avec XL gouttes de Lugol par jour. Le métabolisme basal tombe d'abord de plus 33 % à plus 21 % pour remonter 15 jours plus tard, malgré le traitement, à plus 28 %. La malade gagne pourtant 2 kilos en 20 jours même alors que son M. B. remonte.

Publié Marcel Labbé. Annales de Médecine, n° 1, janvier 1929.

OBSERVATION XIX



II. Traitement iodé pré et post-opératoires, nos 20 à 26

OBSERVATION XX

Mme Mo..., 50 ans, entre le 16 février 1928 parce que son cou a grossi depuis 5 ans, en même temps elle présente des troubles nerveux, des tremblements, des bouffées de chaleur. Depuis un an elle est traitée par l'iodomaïsine, en raison du diagnostic de goitre exophtalmique. Cette médication est supprimée depuis un mois.

Le 17 février, le M. B. est à plus 87 %, le poids à 44 k. 300, le pouls à 120. On lui donne XXX gouttes de Lugol.

Le 25 février, le M. B. est tombé à plus 19 %, le pouls à 108, le poids passe à 44 k. 900.

Le 8 mars, le M. B. est à plus 26 %, le pouls à 100 ; la malade pèse 47 k. 500 ; il y a amélioration de l'état général. On la met à XL gouttes de Lugol.

Le 21 mars, le M. B. est à plus 47 %, la pesée indique 48 k. 750. On double la dose de Lugol, soit LXXX gouttes par jour.

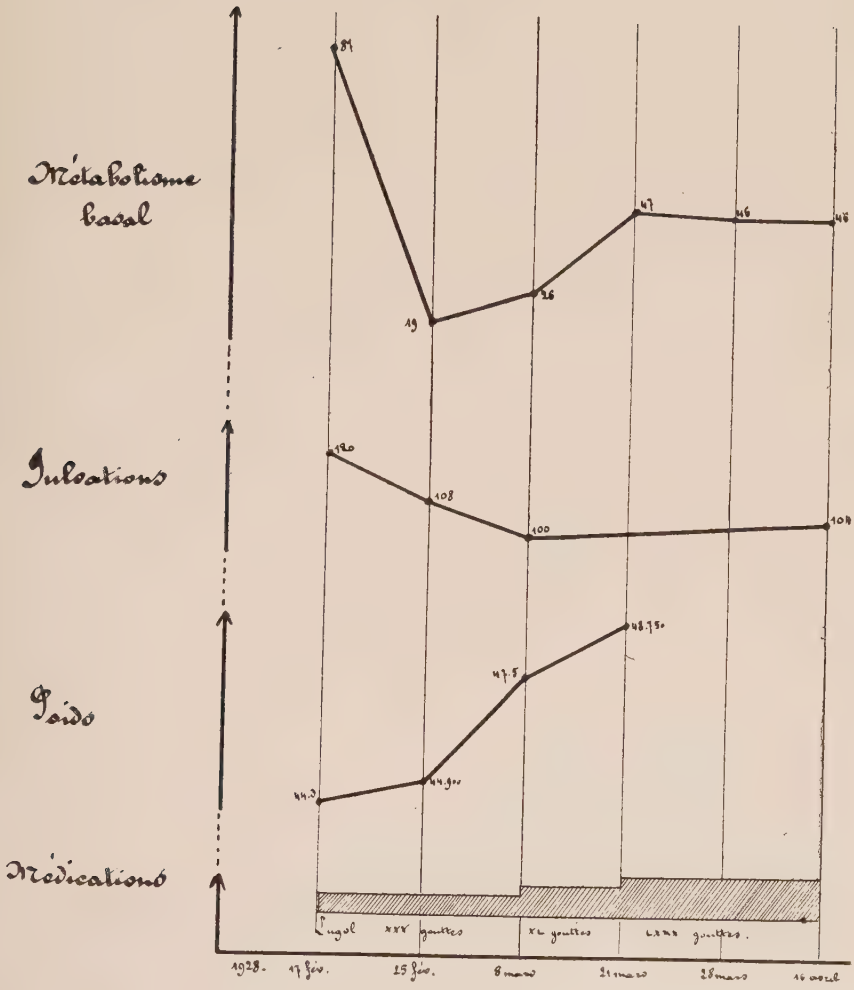
Le 28 mars, le M. B. est à plus 46 %.

Le 16 avril, le M. B. reste stationnaire à plus 46 %, le pouls est à 104.

On fait une hémithyroïdectomie gauche avec ligature le 26 avril.

La malade est guérie.

OBSERVATION XX



OBSERVATION XXI

Mlle Al..., 44 ans, entre le 14 juin pour maladie de Basedow qui aurait commencé il y a un an. Il n'y a pas d'exophtalmie, mais goitre très visible, surtout à gauche, et tremblements. Le pouls est à 100, le métabolisme basal à plus 55 %, la malade pèse 43 kilos 200.

On la met à XX gouttes de Lugol le 19 juin, et le 20 à XXX gouttes.

Le 23 juin, le poids est de 42 kg. 800 ; le pouls est tombé à 92, le M. B. à plus 29 %.

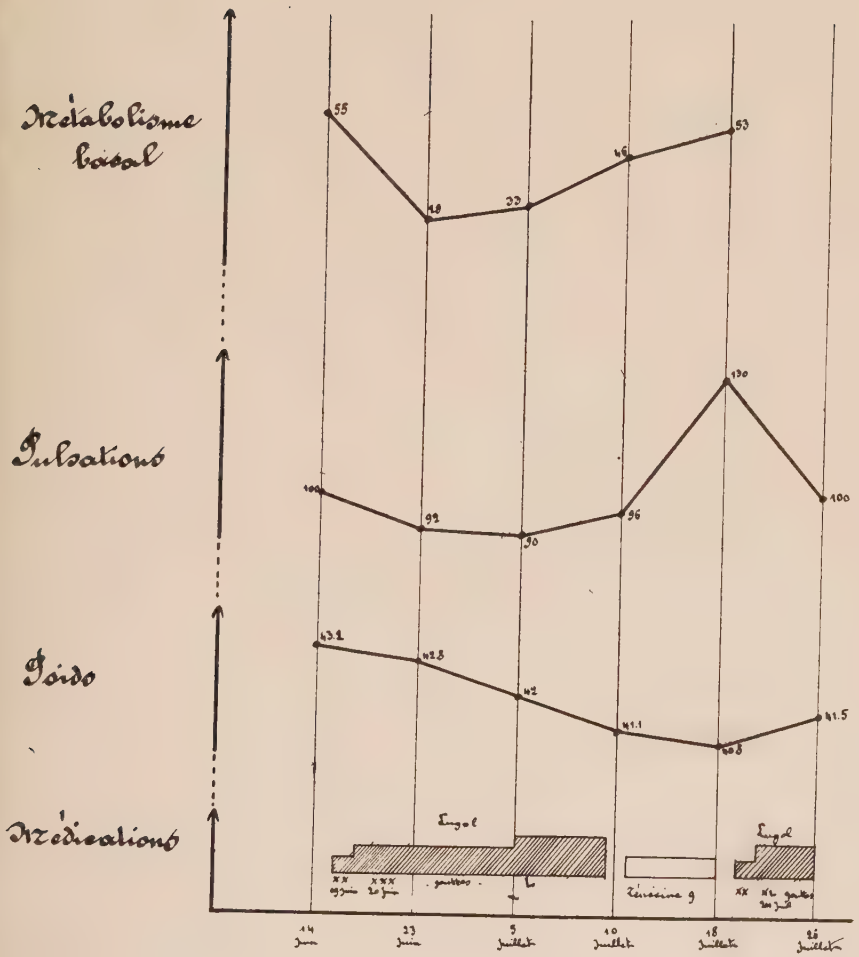
Le 5 juillet, le M. B. est à plus 33 %, le pouls à 90, le poids à 42 kilos. On la met à L gouttes de Lugol.

Le 10 juillet, le M. B. est à plus 46 %, le pouls à 96, le poids à 41 kg. 100. On supprime le Lugol et on donne de la ténécine.

Le 18 juillet, le M. B. est à plus 53 %, le pouls à 130, le poids à 40 kg. 800. On supprime la ténécine et on met la malade à XX gouttes de Lugol, puis à XL gouttes, le 24 juillet.

Elle quitte, le 26 juillet, avec pouls à 100, poids 41 kg. 500, pour se faire opérer à l'Hôtel Dieu.

OBSERVATION XXI



OBSERVATION XXII

Mme Fa.., 43 ans, entre à l'hôpital le 26 avril 1929.

Le début de la maladie remonte à 1929 ; goitre non pulsatil, bilatéral, avec exophtalmie, léger tremblement. La malade est irritable, coléreuse. Tous les signes s'accentuent au moment des règles. Le pouls est à 144, le métabolisme basal à plus 124 % : poids 37 kilos 700.

On la met au Lugol : XXX gouttes par jour.

Le 6 mai, le pouls est à 120, le poids à 36 kg. 300.

Le 9 mai, le M. B. est tombé à plus 37 %, le pouls à 108 ; la malade pèse 36 kg. 700.

On lui donne XL gouttes de Lugol. Le 16 mai, le M. B. est remonté à plus 72 %.

La dose de Lugol est portée à C gouttes le 17 mai.

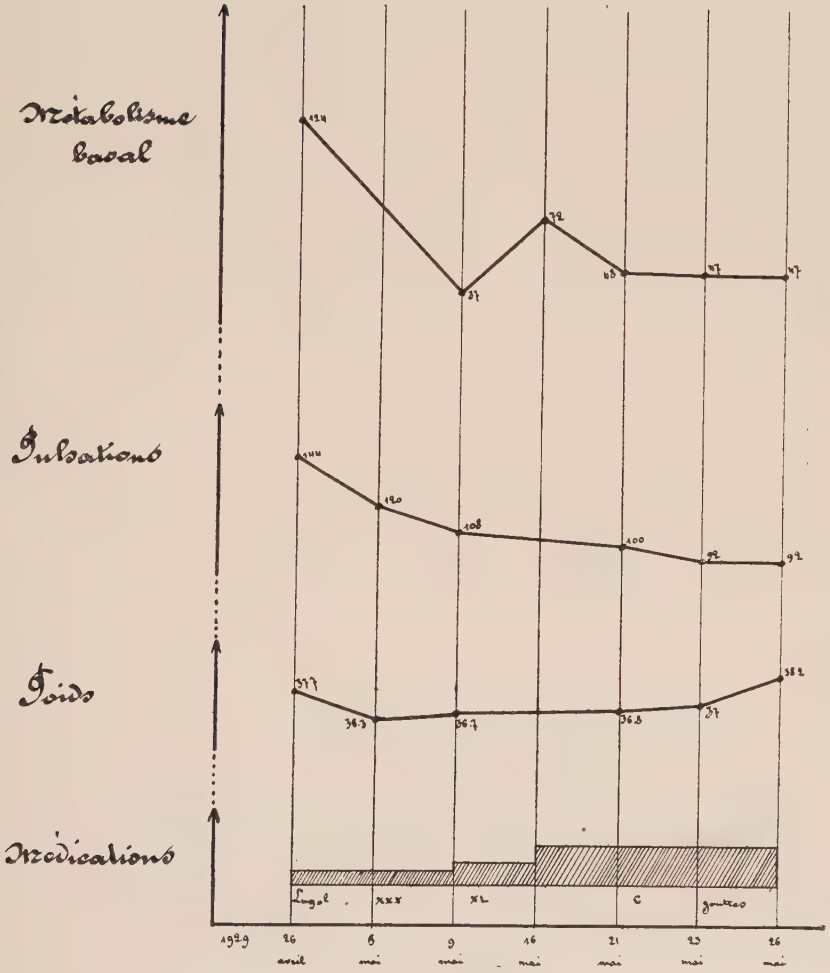
Le 21 mai, le M. B. est tombé à plus 48 %, le pouls à 100 ; le poids à 36 kg. 800.

Le 23 mai, le M. B. est à plus 47 %, le pouls à 92, poids 37 kilos.

Le 26 mai, le M. B. est à plus 47 %, le pouls à 92, la malade pèse 38 kilos 200.

Elle passe alors en chirurgie pour thyroïdectomie.

OBSERVATION XXII



OBSERVATION XXIII

M. Ja..., 49 ans, entre dans le service pour maladie de Basedow le 15 mai 1929.

Le 13 juin, le métabolisme basal est à plus 86 %, le pouls à 100 ; le malade pèse 71 kg. 500.

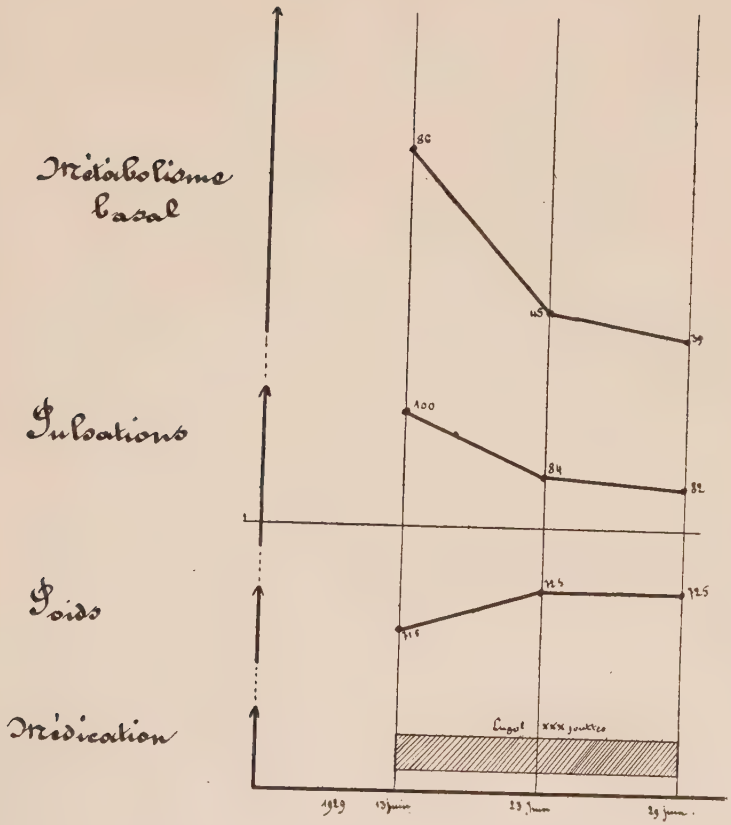
On le met à XXX gouttes de Lugol par jour.

Le 23 juin, le M. B. est tombé à 45 %, le pouls à 84 ; le poids est de 72 kg. 500.

Le 29 juin, le M. B. est à plus 39 %, le pouls à 82, le poids se maintient à 72 kg. 500.

Le malade passe alors au service de chirurgie pour thyroïdectomie.

OBSERVATION XXIII



OBSERVATION XXIV

Mlle Le Mo... entre à l'hôpital le 12 novembre 1928 pour goitre et exophtalmie déjà très améliorés par 8 séances de radio. Le début de la maladie remonte à 5 mois.

La malade présente une grosse exophtalmie, de l'agitation, un goitre élastique bilatéral, de la danse des artères, des tremblements, de l'insomnie, des bouffées de chaleurs, de l'amaigrissement, de l'arythmie cardiaque, de la diarrhée. Le pouls est à 128, le métabolisme basal à plus 60 %, le poids à 44 kilos.

On la traite par XXX gouttes de Lugol, sedobrol 5 jours, digitaline X gouttes, puis gardénal 0,10 cent. Le 22 novembre, le pouls est tombé à 72, le M. B. à plus 23 %, le poids à 42 kg. 200. On supprime le gardénal.

Le 1er décembre, le pouls est à 68, le M. B. à plus 29 %. La malade pèse 44 kilos.

On redonne XV gouttes de digitaline pendant 3 jours, puis de la quinicardine 0,60, et toujours XXX gouttes de Lugol.

La malade a une angine ; on supprime le Lugol le 16 décembre. Le 22 décembre, le pouls est à 88, le M. B. à plus 30 %, le poids à 44 k. 600.

Elle quitte l'hôpital jusqu'au 2 janvier 1929. Elle revient avec pouls à 98, M. B. à plus 43 %, poids 46 kilos. On la remet au Lugol XXX gouttes..

Le 8 janvier, pouls 90, M. B. plus 27 %, poids 47 k. 400.

Le 10 janvier, on lui redonne de la quinicardine jusqu'au 18 janvier.

Le 16 janvier, le M. B. est à plus 74 %, le pouls à 86, le poids passe à 47 k. 800.

Le 23 janvier, M. B. à plus 27 %, pouls à 88, poids 48 kilos.

Le 31 janvier, le M. B. est à plus 32 %, le pouls à 86, le poids à 48 k. 650. On redonne X gouttes de digitaline pendant 5 jours.

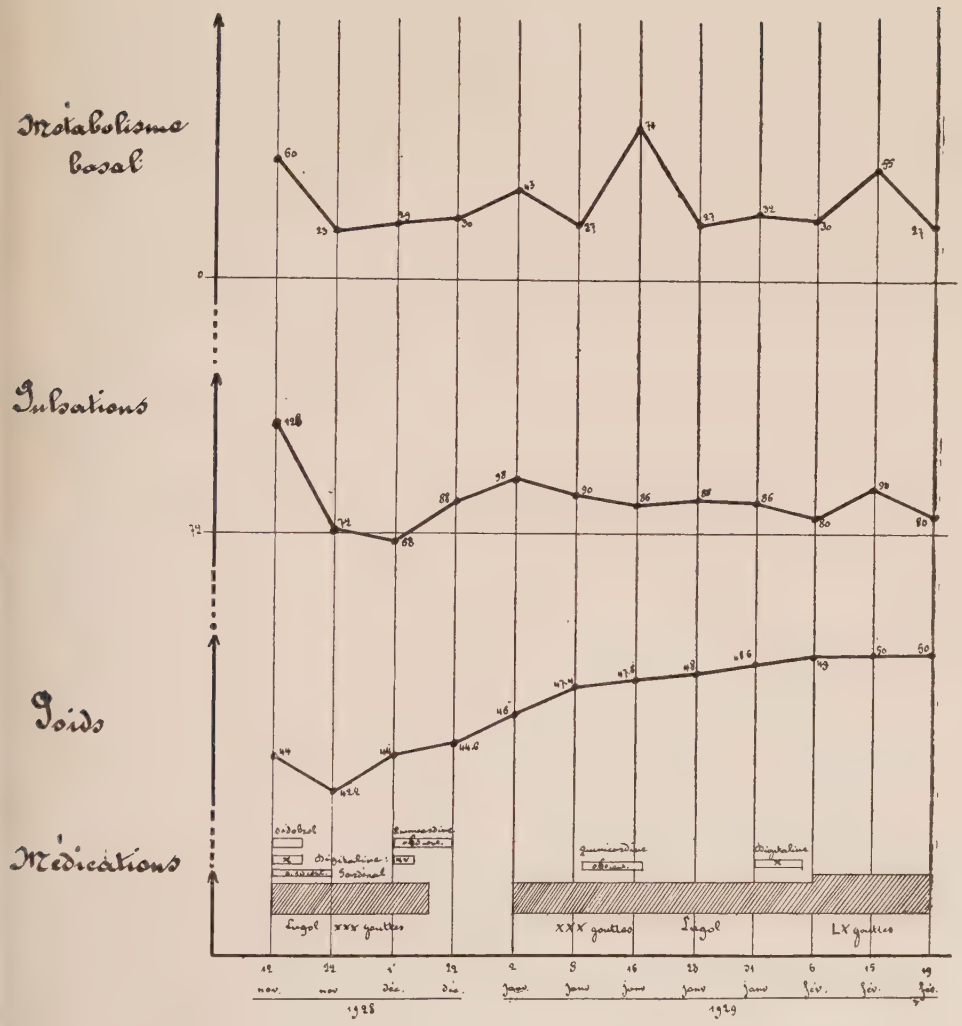
Le 6 février, le M. B. est à plus 30 %, le pouls à 80, le poids à 49 kilos. On la met à LX gouttes de Lugol.

Le 15 février, le M. B. est à plus 55 %, le pouls à 94, la malade pèse 50 kilos.

Le 19 février, le M. B. tombe à plus 27 %, le pouls à 80, pendant que le poids se maintient à 50 kilos.

La malade est alors passée en chirurgie pour hémithyroïdectomie.

OBSERVATION XXIV



OBSERVATION XXV

Mme Go.., 37 ans.

1924. — Début de Basedow traitée par iode sans résultat.

1925. — Traitée par le professeur Sicard : radio et chlorhydrate de quinine 0,50 par jour pendant un an. Très légère amélioration.

1926. — Hémithyroïdectomie par Pr. Lecène, pas d'amélioration.

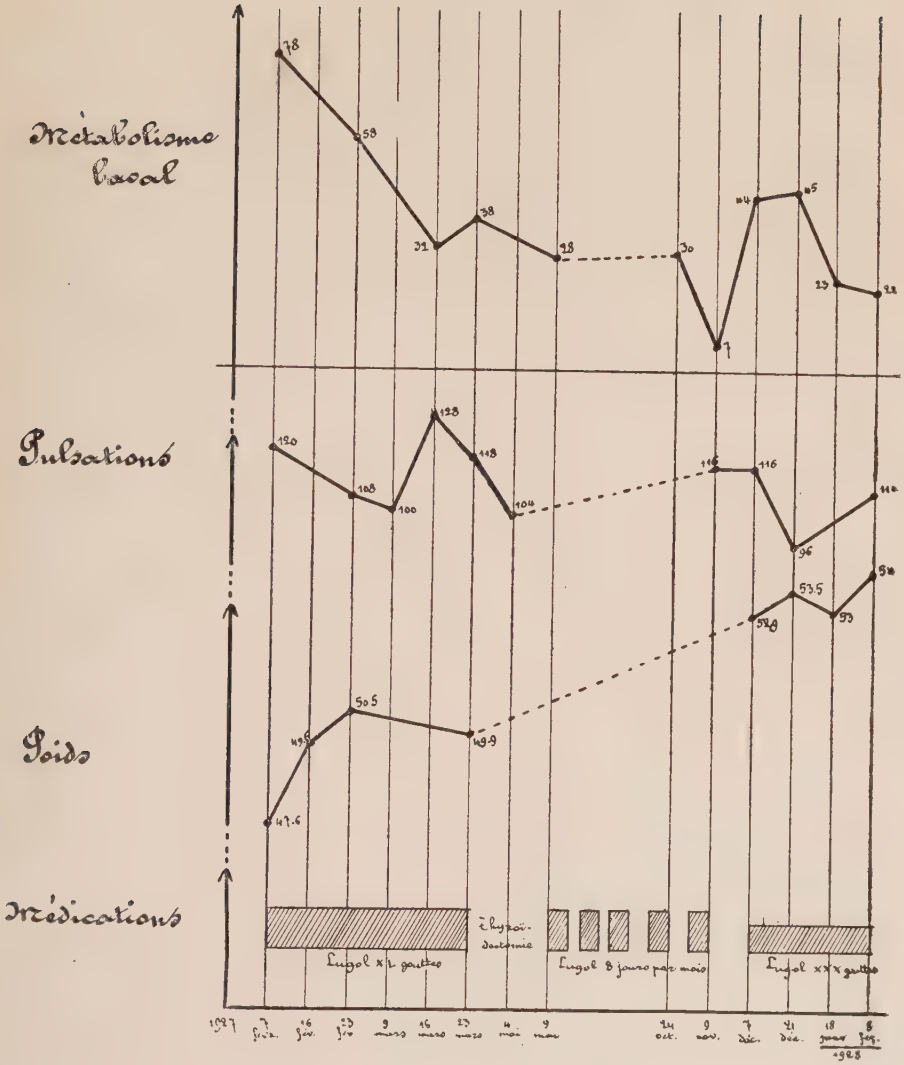
1927. — 7 février, le métabolisme basal est à plus 78 %, le pouls à 120, le poids à 47 kilos 600. On la traite avec LX gouttes de Lugol.

Le 23 mars, le M. B. est à plus 38 %, le pouls à 118, le poids à 49 kilos 900. La malade se sent mieux. On fait faire par le Professeur Lecène une thyroïdectomie. Le 9 mai, le M. B. est à plus 28 %, on redonne de l'iode 8 jours par mois.

Le 9 novembre, le M. B. est à plus 7 %. On cesse l'iode 8 jours, le 7 décembre, le M. B. est à plus 44 %, la malade pourtant se sent mieux et continue à augmenter ; on redonne de l'iode : XXX gouttes par jour. Le 8 février, le M. B. est tombé à plus 21 % et la malade va de mieux en mieux, et pèse 54 kilos. Pouls à 110.

Publié Marcel Labbé. Annales de Médecine, n° 1, janvier 1929.

OBSERVATION XXV



OBSERVATION XXVI

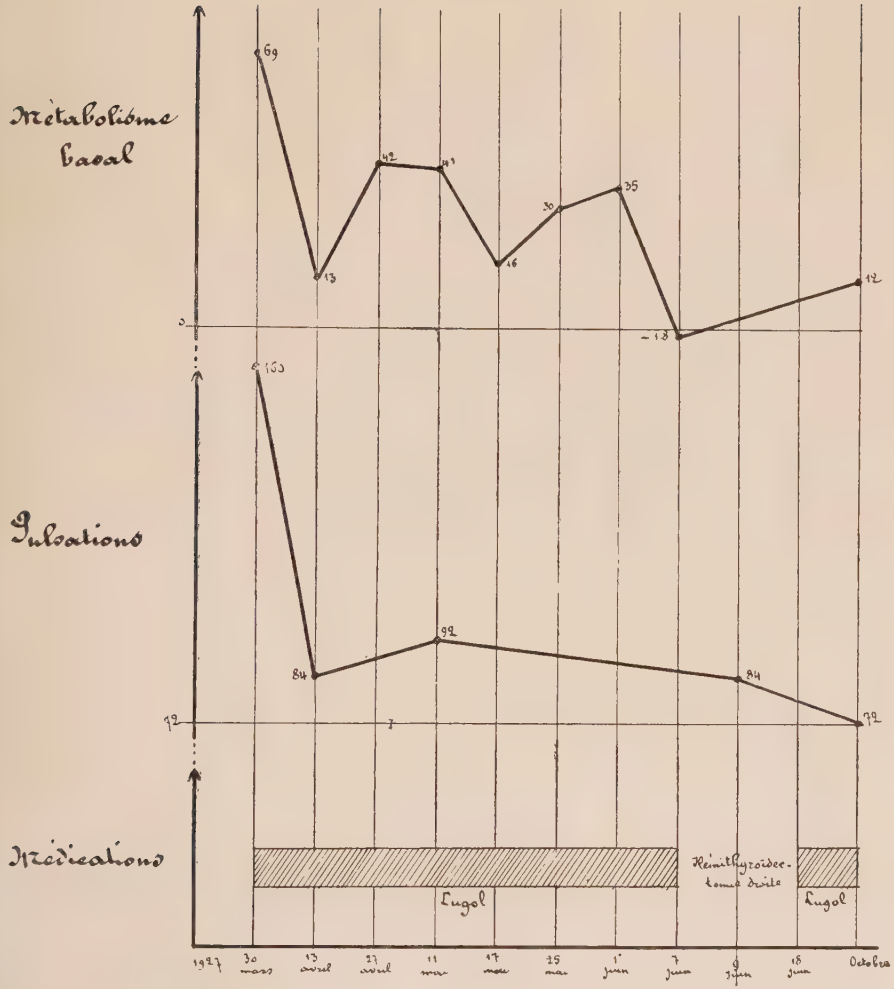
Mme Vi... se présente le 30 mars 1927 avec des tremblements légers, un petit goitre, une légère exophtalmie, le pouls à 160, le métabolisme basal à plus 69 %.

Après deux mois et demi de traitement par l'iode, le pouls est à 84, et le M. B. est tombé à moins 1,8 %. On cesse l'iode, et on fait alors une hémithyroïdectomie droite le 9 juin ; le 18 juin, on donne de l'iode.

La malade est revue cinq mois après, son M. B. est à plus 12 %, son pouls est à 72, la malade se sent très bien, on peut même la considérer comme guérie, elle ne présente plus ni tremblements, ni exophtalmie.

Publié Marcel Labbé. Annales de Médecine, n° 1, janvier 1929.

OBSERVATION XXVI



III. Traitement iodé associé aux R. X., nos 27 à 31

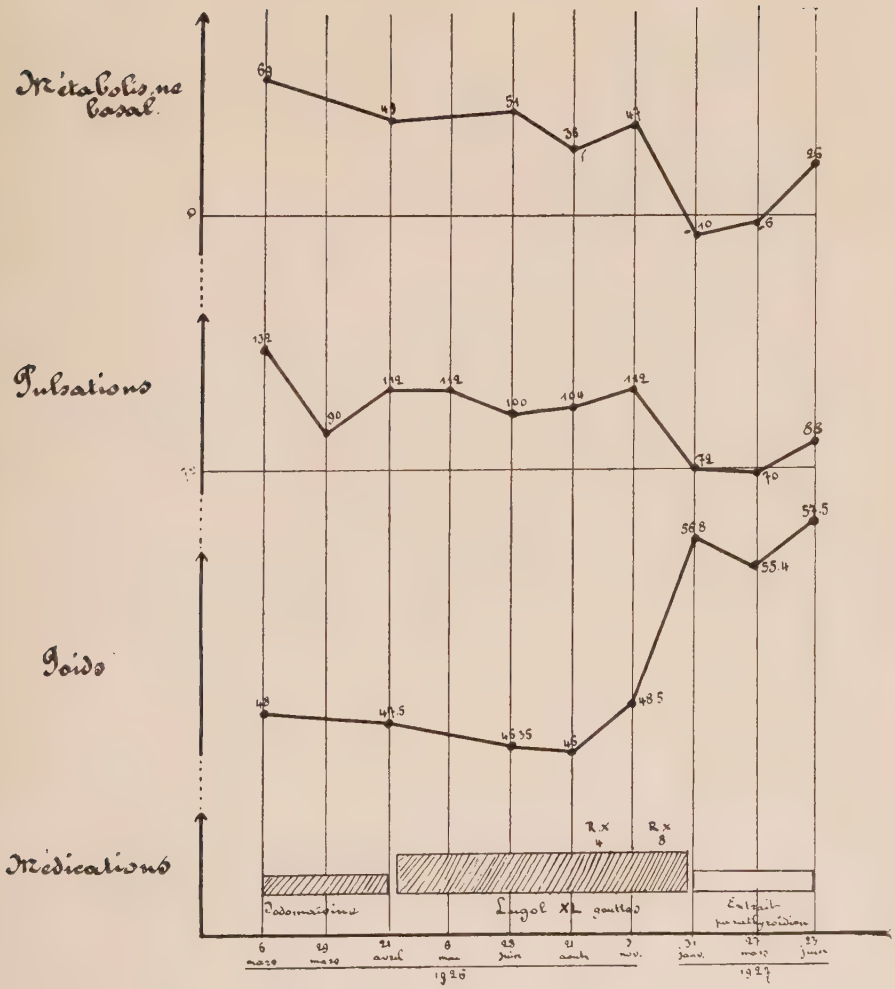
OBSERVATION XXVII

Mme An..., 52 ans, se présente avec une maladie de Basedow, de l'hypertension artérielle, des douleurs dans le dos et les bras, de la tachycardie, des tremblements, pas d'exophtalmie, mais un petit goitre qui se développe depuis trois mois. Elle a maigri de 20 kilos en 3 ans. On la met au traitement par l'iode : 10 pilules d'iodomaïsine par jour du 6 mars au 21 avril.

Le 21 avril, il y a de l'amélioration, le métabolisme basal est tombé de plus 69 % à plus 49 %, le pouls de 132 à 112. Il y a cessation des douleurs et réapparition des règles. On supprime l'iodomaïsine et on redonne de l'iode sous forme de Lugol : XL gouttes par jour. Le M. B. tombe à plus 36 %. En plus du Lugol, on fait quatre séances de rayons X. Bon état général, puis huit séances de rayons X et XL gouttes de Lugol.

A partir de cette date, le 8 novembre, le M. B. tombe rapidement pour être le 21 janvier à moins 10 %, le pouls est tombé à 72. La malade a augmenté de 10 kilos, mais elle présente du gonflement des extrémités. On cesse l'iode et on lui donne de l'extrait parathyroïdien ; sous l'influence de ce médicament, le M. B. remonte à plus 26 % en même temps que des signes de Basedow recommencent.

OBSERVATION XXVII



OBSERVATION XXVIII

M. Al..., 16 ans, goitre exophtalmique, se présente avec de la tachycardie, des tremblements, des crises épileptiques, des sueurs.

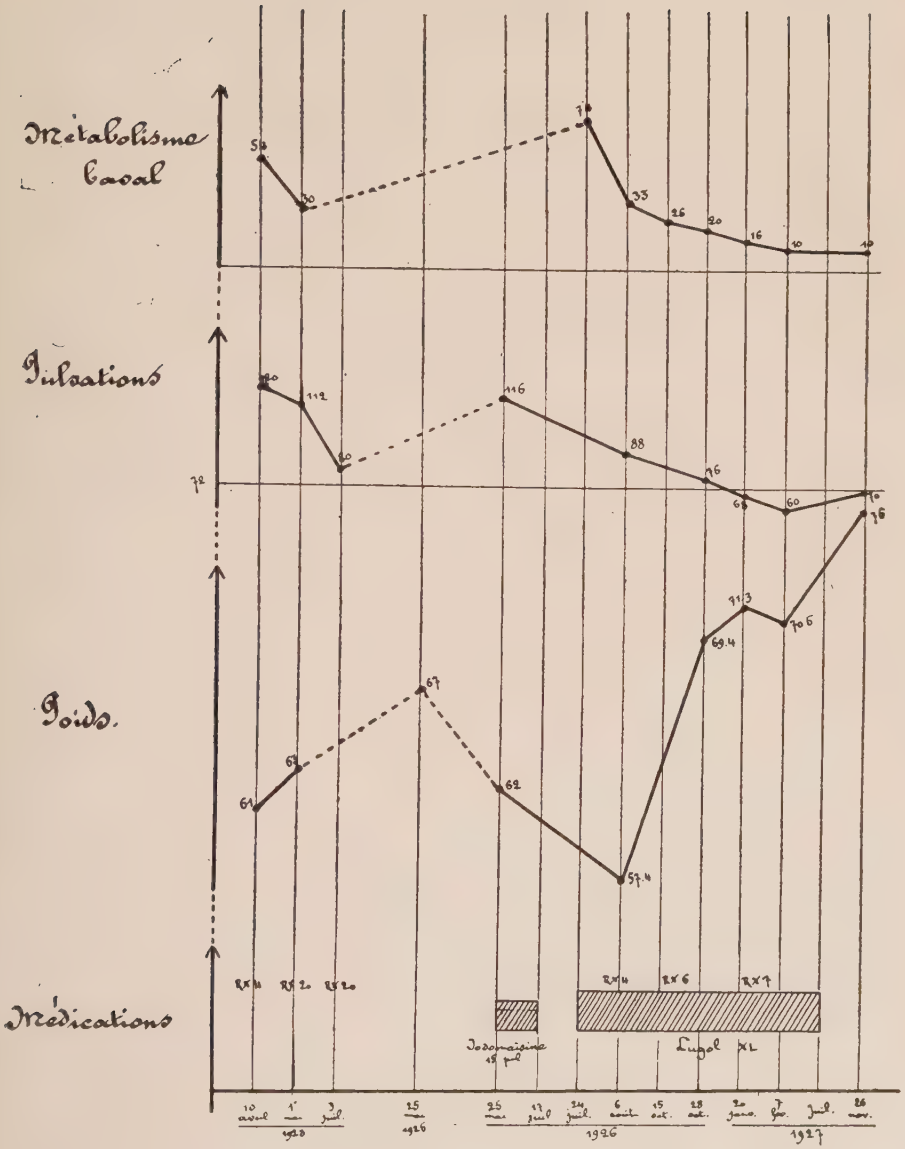
Il est traité par les rayons X du 10 avril 1923 au 25 mai 1925. Le pouls tombe de 120 à 116.

Le 25 mai 1926, on le met à l'iodomaïsine parce que le malade a de nouveau des palpitations, de la diarrhée et une reprise de la maladie. Avec 15 pilules quotidiennes d'iodomaïsine, il y a amélioration. On cesse le 17 juillet.

Mais le 24 juillet, il a de nouveau de la tachycardie et le métabolisme basal est à plus 74 % ; on fait un traitement avec 40 gouttes de Lugol et quelques séances de R. X. Le 7 février 1927, le M. B. est à plus 10 % (on a cessé les rayons X le 20 janvier). On continue l'iode jusqu'en juillet, le M. B. est encore à plus 10. On cesse alors l'iode.

Le 26 novembre, le malade a repris son travail depuis juillet, il a augmenté de 10 kilos, son M. B. se maintient à plus 10 % et il travaille sans fatigue ni céphalée, ni tachycardie, ni crises épileptiformes.

OBSERVATION XXVIII



OBSERVATION XXIX

M. Pa..., 33 ans, entre à l'hôpital le 5 octobre 1928 pour exophtalmie ayant débuté il y a cinq mois, avec fatigue, amaigrissement, goitre pulsatif, tremblements.

Le pouls est à 80, le métabolisme basal à plus 74 % ; le malade pèse 60 kg. 350.

Le 9 octobre, on le met à L gouttes par jour de Lugol, et on lui fait tous les deux jours une séance de R. X.

Le 23 octobre, le pouls est à 88, le M. B. à plus 37 %, le poids à 63 kg. 600.

On continue le Lugol et on fait tous les 2 jours une séance d'électrothérapie.

Le 28 novembre, le M. B. est à plus 22 %, le pouls à 80, le poids à 67 kg. 800.

On continue le Lugol, plus 2 séances de R. X.

Le 9 décembre, le poids est à 63 kg. 900, le pouls à 92, le M. B. à plus 34 %.

On supprime tout traitement jusqu'au 30 décembre. Le poids est alors tombé à 58 kilos, le M. B. à plus 84 %, le pouls à 116.

On remet le malade à L gouttes par jour de Lugol.

Le 10 janvier 1929, le M. B. est à plus 73 %, le poids à 57 kg. 600, le pouls à 92.

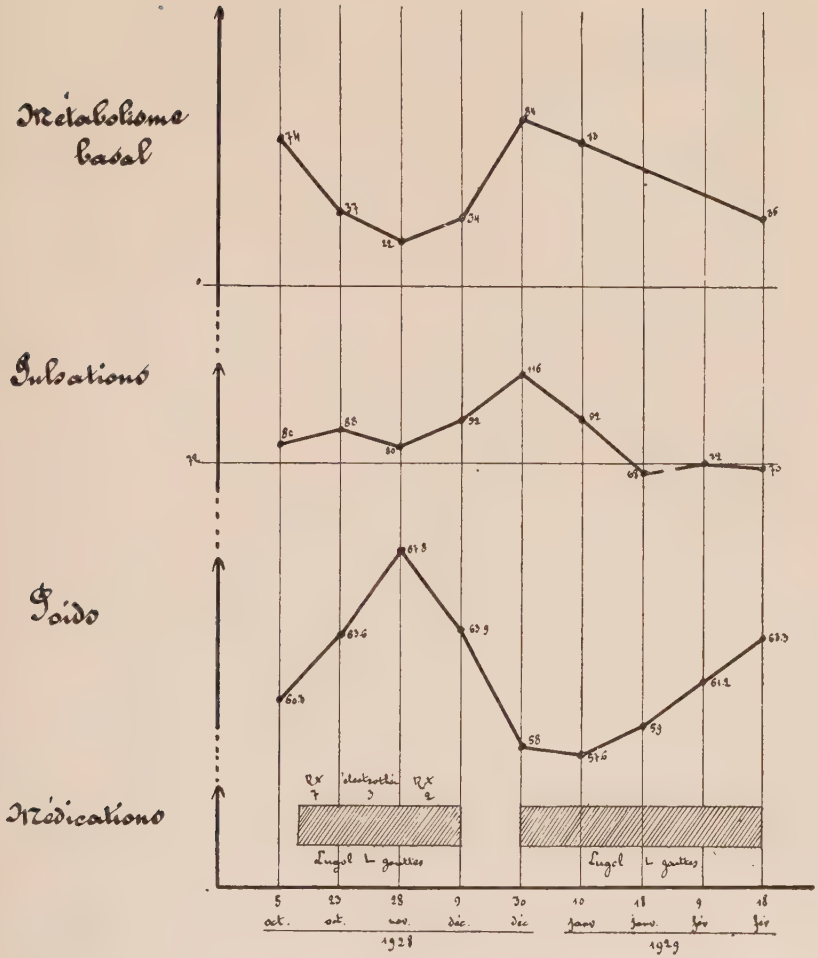
On continue le Lugol. Le 18 janvier, le pouls est à 68, le poids à 59 kilos.

Le 9 février, le pouls est à 72, le poids à 61 kg. 200.

Le 18 février, le M. B. est à plus 35 %, le poids à 63 kg. 300, le pouls se maintient depuis 15 jours aux environs de 70.

Le malade quitte le service, ayant repris un régime normal et ses occupations.

OBSERVATION XXIX



OBSERVATION XXX

Mlle Do..., 53 ans, entre pour maladie de Basedow diagnostiquée depuis 3 mois et qui aurait débuté il y a 5 ou 6 ans par un petit goitre. Elle aurait maigri depuis de 80 à 60 kilos.

A l'examen, le 24 août 1928, sueurs, dyspnée surtout nocturne, palpitations, fatigue, vertige, émotivité, exophtalmie très marquée, goitre plus à droite qu'à gauche avec souffle, dur. pouls à 156, poids 58 kg. 200.

On lui donne du strophantus et du bromure.

Le 28 août, pouls à 88, métabolisme basal à plus 67 %, poids 55 kg. 900. On la met à XL gouttes de Lugol et l'on fait une séance de R. X. tous les 4 jours.

Le 13 septembre, pouls à 78, poids 55 kilos. On supprime les R. X. et on la met à L gouttes de Lugol.

Le 25 septembre, M. B. à plus 42 %, pouls à 88, poids 55 kg. 400. On donne LXXX gouttes de Lugol par jour et, à partir du 2 octobre, on fait une séance d'électrothérapie tous les 2 jours.

Le 8 octobre, le M. B.est à plus 30 %, le pouls à 100, le poids à 55 kg. 600.

Le 23 octobre, le M. B. es tombé à plus 1 %, le pouls à 90, et le poids à 54 kg. 400. On continue le traitement jusqu'au 15 novembre ; la malade sort très améliorée.

Elle rentre à l'hôpital le 7 mars 1929. Le 11 mars, le M. B. est à plus 55 %, le poids à 56 kg. 200.

A partir du 16 mars, on la met à XXX gouttes de Lugol.

Le 21 mars, le M. B. est à plus 53 %, le pouls à 110, le poids à 54 kilos.

Le 27 mars, le M. B. tombe à plus 39 % et le pouls à 85 ; le poids descent à 53 kg. 600.

Le 4 avril, le M. B. est à plus 55 %, le pouls se maintient à 85, le poids à 53 kg. 450.

Le 9 avril, le M. B. est à plus 58 %, le pouls reste stationnaire, le poids revient à 53 kg. 600.

A partir du 16 avril, on donne de la valériane à la place de Lugol.

Le 21 avril, le M. B. est à plus 75 %, le pouls à 110, le poids à 54 kg. 300.

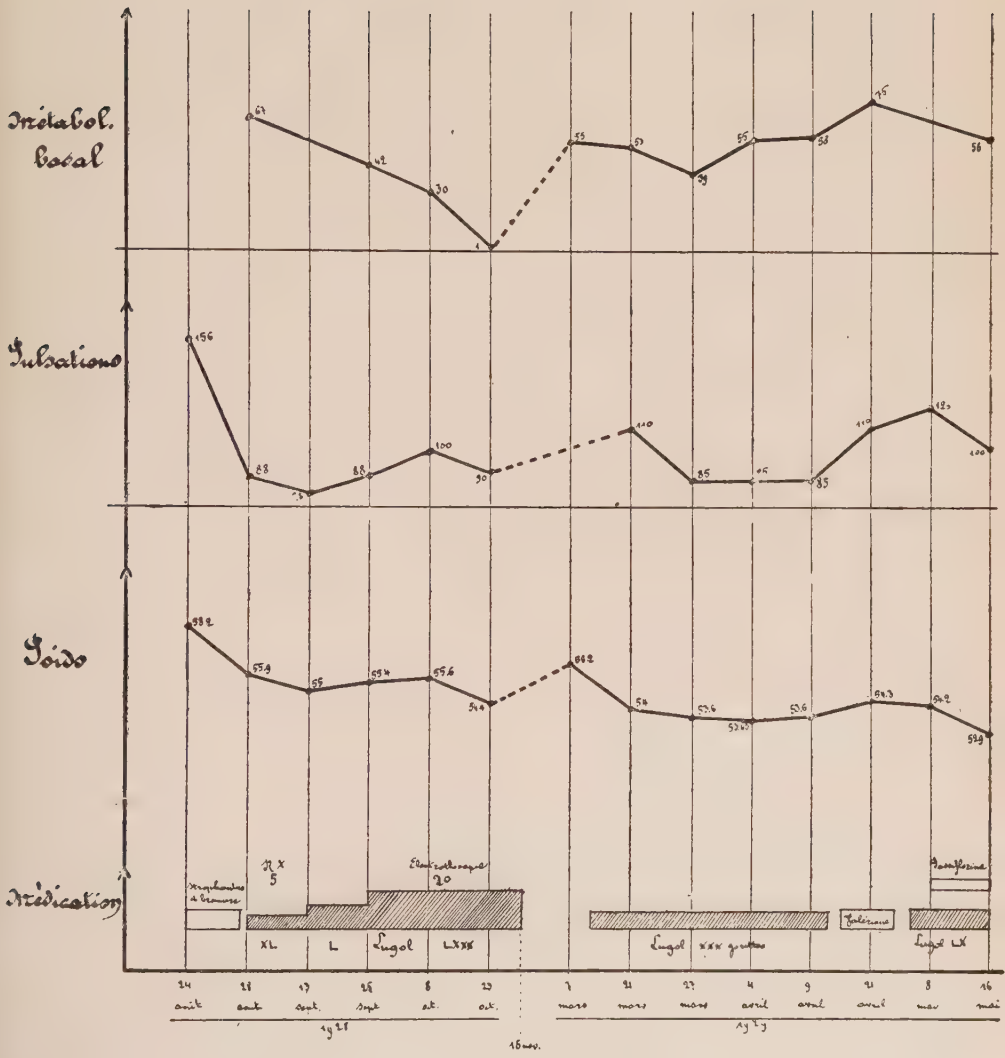
Le 2 mai, on supprime la valériane et on redonne XL gouttes de Lugol.

Le 8 mai, le pouls est à 120, le poids à 54 kg. 200. On ajoute au Lugol de la passiflorine.

Le 16 mai, pouls à 100, M. B. à plus 56 %, poids 52 k. 900.

On passe la malade en service d'infectieux ; elle a la scarlatine le 18 mai.

OBSERVATION XXX



OBSERVATION XXXI

Mme Di..., 40 ans ; maladie de Basedow et paraplégie.

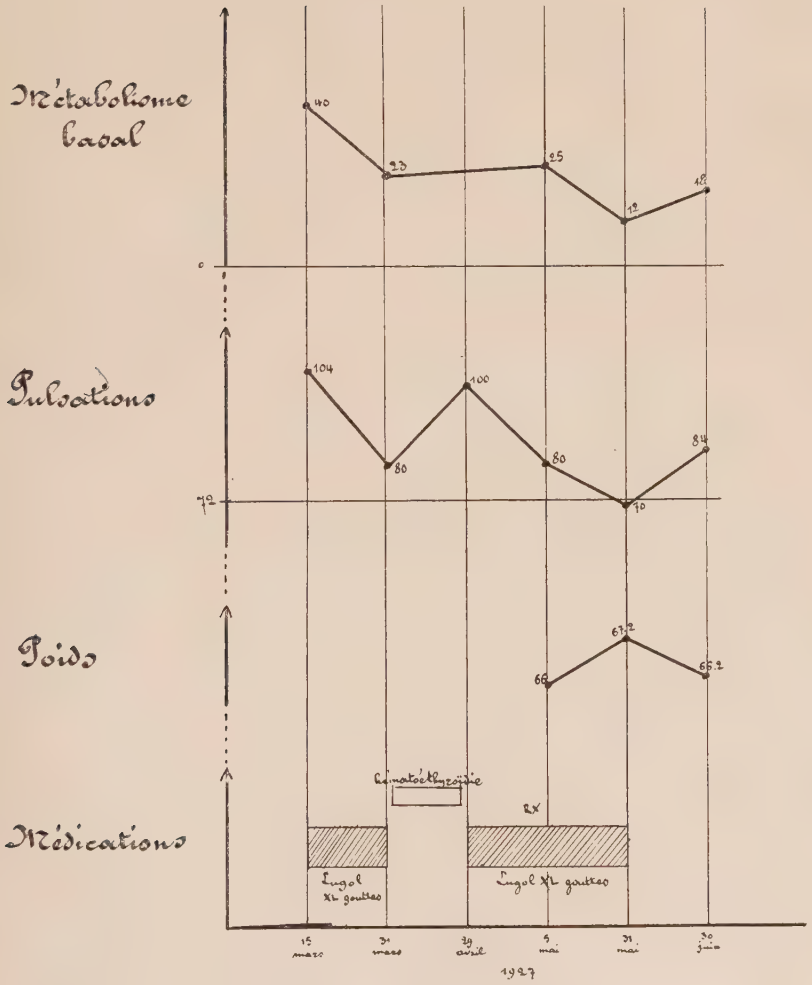
Cette malade qui était obèse se met à maigrir en même temps que se développe une paraplégie avec exagération des réflexes, un syndrome de Raynaud, du spasme de la glotte et de l'angoisse nocturne.

En même temps, émotivité, hypertrophie du corps thyroïde, bouffées de chaleur, légère exophtalmie, petits tremblements des mains, hyperthermie.

Le 15 mars 1927, on lui donne XL gouttes de Lugol. En trois mois, malgré une angine et une pneumonie droite, le métabolisme basal tombe à plus 25 %. On fait quelques séances de R. X., tout en continuant le Lugol. Le M. B. est tombé, le 31 mai, à plus 12 % et le pouls à 70. Le poids augmente, on cesse le Lugol, un mois plus tard, le M. B. est à plus 18 %.

Publié Marcel Labbé. Annales de Médecine, n° 1, janvier 1929.

OBSERVATION XXXI



IV. Traitement iodé associé à la quinine ou à l'insuline, nos 32 à 34

OBSERVATION XXXII

M. Des..., 28 ans, entre à l'hôpital pour goitre exophtalmique ayant débuté brusquement il y a 2 ans.

On le traite au début de 1927, et en septembre 1927, par 12 séances de R. X. à chaque période.

En décembre 1927, il est envoyé à la consultation de La Pitié. Le métabolisme basal est à plus 110 %.

Le 17 janvier 1928, on le met à XX gouttes de Lugol.

Le 11 février, le M. B. est à plus 77 %, mais le malade ne se sent pas amélioré ; le pouls est à 128. On cesse le Lugol.

Le 25 février, il entre à l'hôpital. Pouls à 112, M. B. à plus 137 %, poids 51 kilos.

On le met au borate de soude 3 gr., souvent vomi, jusqu'au 16 mars. Le M. B. est alors à plus 96 %, le pouls à 112, le poids à 51 kg. 200.

On le met alors à XL gouttes de Lugol.

Le 24 mars, le malade se sent mieux. Le M. B. est à plus 92 %, le pouls à 90, le poids à 53 kilos.

Le 24 avril, il a quitté l'hôpital depuis 15 jours, mais a continué XX gouttes de Lugol par jour. Il se sent beaucoup mieux. Le M. B. est à plus 62 %.

Le 25 mai, le pouls est à 100, le poids à 54,600 ; le malade prend toujours du Lugol à raison de XL gouttes par jour.

Le 15 juin, le M. B. est à plus 100 % ; le malade pèse 55 kg. On constate de nouveau des palpitations, le pouls est à 100.

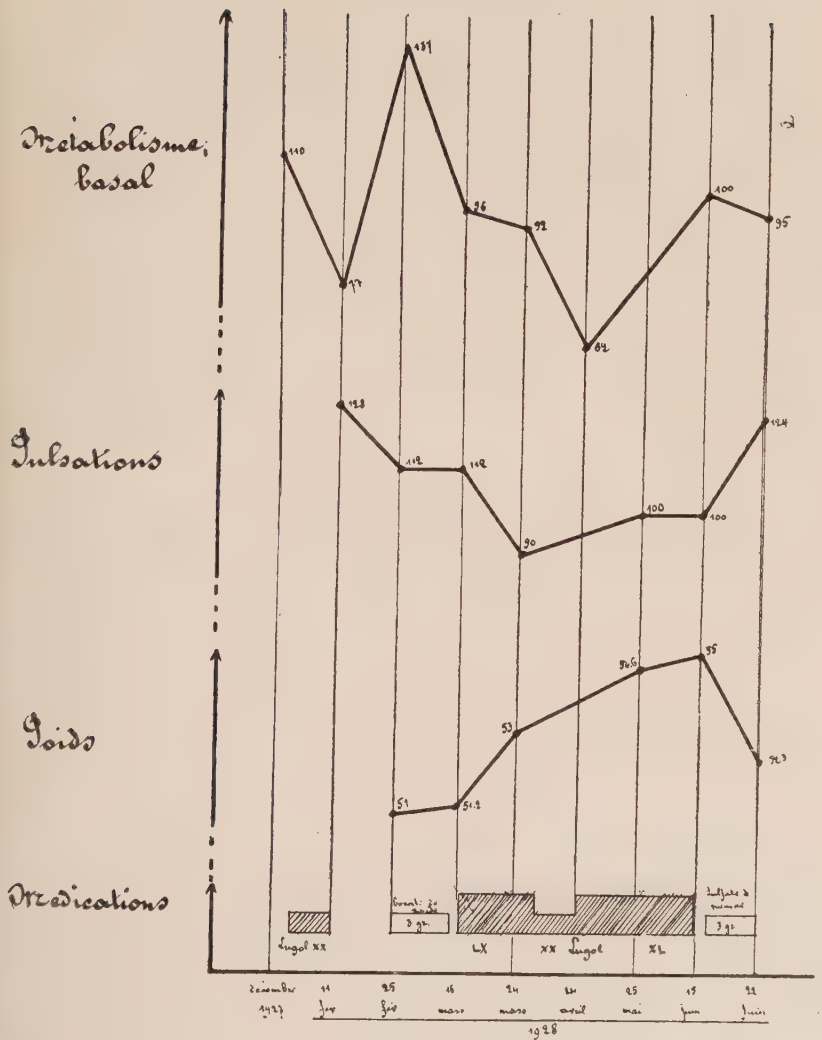
On supprime le Lugol pour donner 3 gr. de sulfate de quinine.

Le 22 juin, le M. B. est à plus 95 %, le pouls à 124, le poids à 52 kg. 300.

Le malade n'est pas revu.

Publié Marcel Labbé. Annales de Médecine, n° 1, janvier 1929.

OBSERVATION XXXII



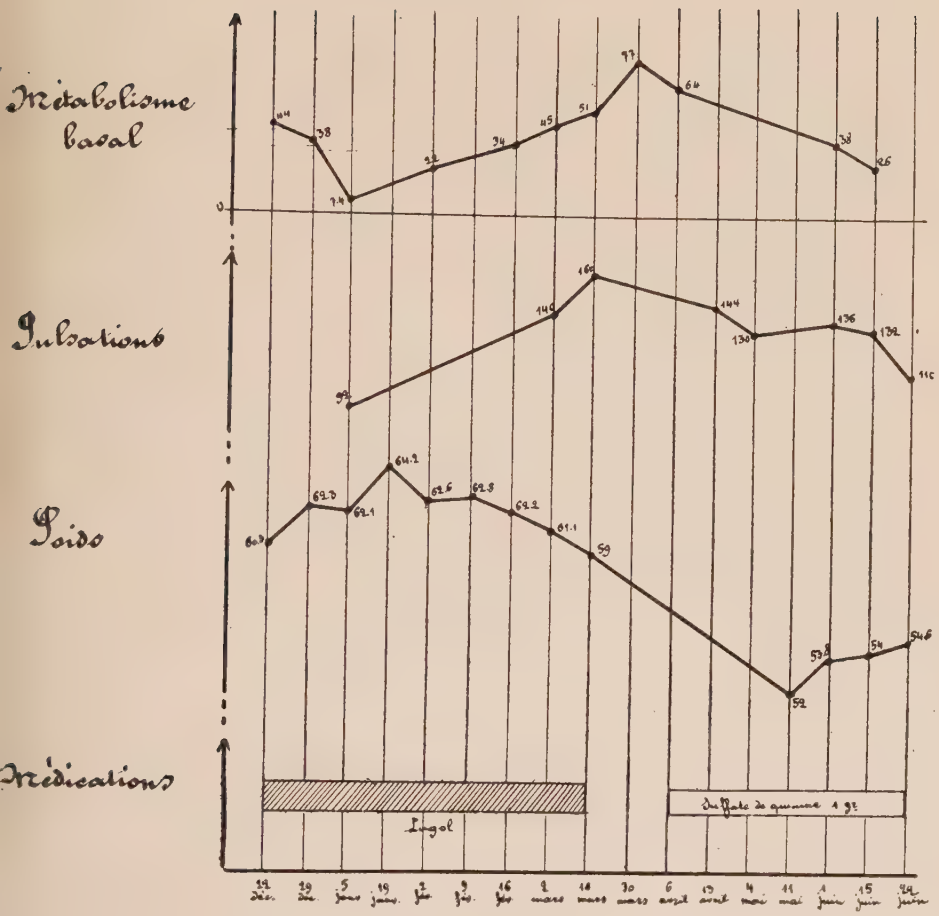
OBSERVATION XXXIII

Mme Le..., 21 ans, se présente le 22 décembre avec un goitre pulsatil, de l'exophtalmie, despalpitations, des chaleurs, des tremblements et de la dépigmentation. Le début de la maladie remonte à 5 ans et a été traitée par les rayons X et par les rayons ultra-violets. Il y a de plus syphilis.

On la met au Lugol, le métabolisme basal tombe en 15 jours de plus 44 % à plus 7,4 %, avec amélioration sensible de l'état général. Mais un mois plus tard, malgré le traitement, le M. B. est à plus 22 %, quinze jours après, le 16 février, il est à plus 34 %. Le 2 mars, malgré la radio et le Lugol, le M. B. est à plus 45 %, avec pouls à 140 et amaigrissement de un kilo. On cesse l'iode et on donne chaque jour 1 gramme de sulfate de quinine. Le M. B. recommnce à tomber et le 15 juin il est à plus 26 % et le pouls est à 132. La malade a augmenté de 2 kilos.

Publié Marcel Labbé. Annales de Médecine, n° 1, janvier 1929.

OBSERVATION XXXIII



OBSERVATION XXXIV

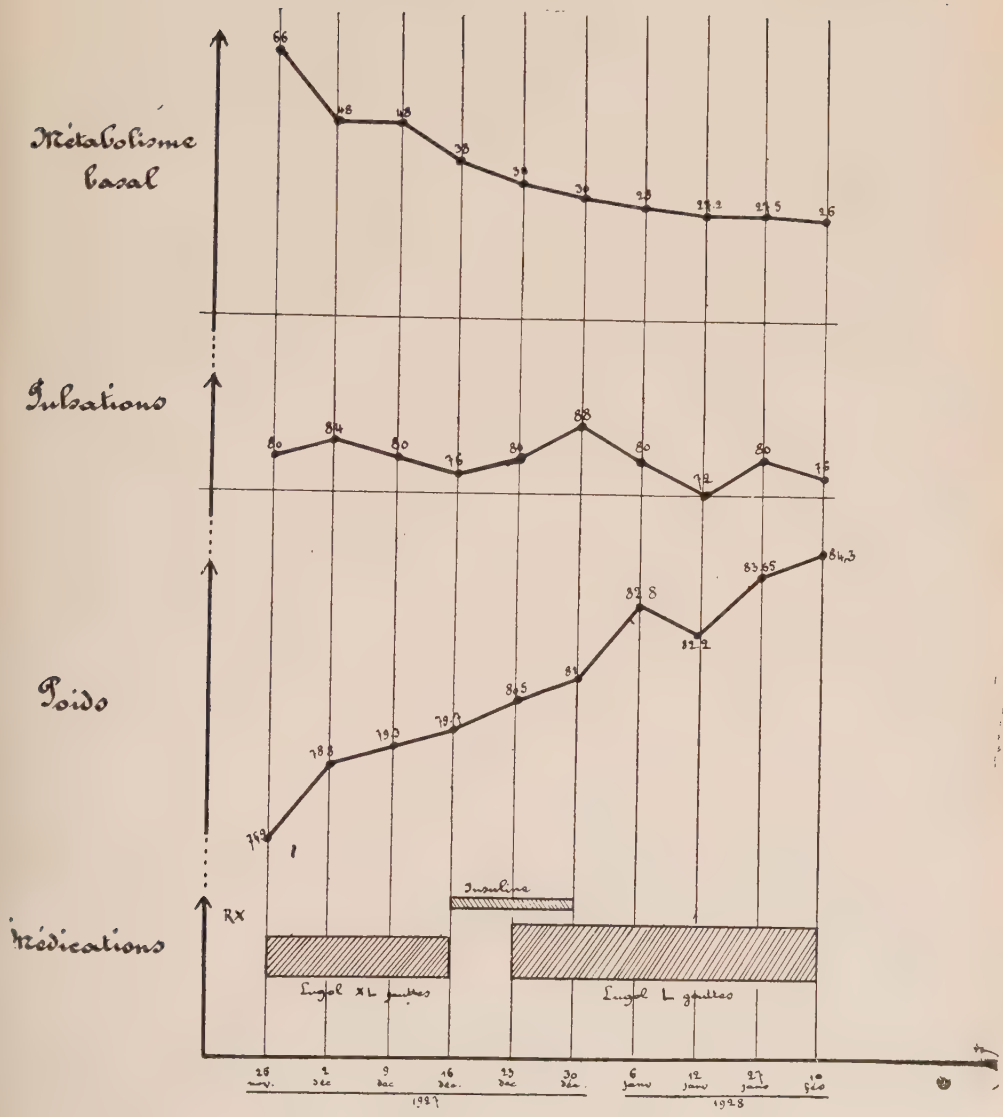
M. De..., ayant une maladie de Basedow depuis juillet 1927, avec grosse exophtalmie, tremblements, amaigrissement, faiblesse des jambes, insomnie, agitation, troubles mentaux, pas de goitre.

N'est pas amélioré par un premier traitement iodé en août.

A partir du 17 septembre on recommence l'iode et on fait en même temps des rayons X. A partir du 25 novembre, on donne XL gouttes de solution de Lugol ; les R. X. sont supprimés. A dater de cette époque, l'amélioration est sensible, les tremblements diminuent. Du 16 au 23 décembre, on traite avec de l'insuline (20 U.) les tremblements et la nervosité augmentent. Du 23 décembre au 30 décembre, on donne avec l'insuline L gouttes d'iode : amélioration. On supprime l'insuline le 30 décembre. A partir de cette date, on donne L gouttes de Lugol par jour, le M. B. et le pouls diminuent progressivement, le malade augmente de 3 kilos en six semaines, le 10 février, il n'a presque plus de tremblements.

Publié Marcel Labbé. Annales de Médecine, n° 1, janvier 1929.

OBSERVATION XXXIV



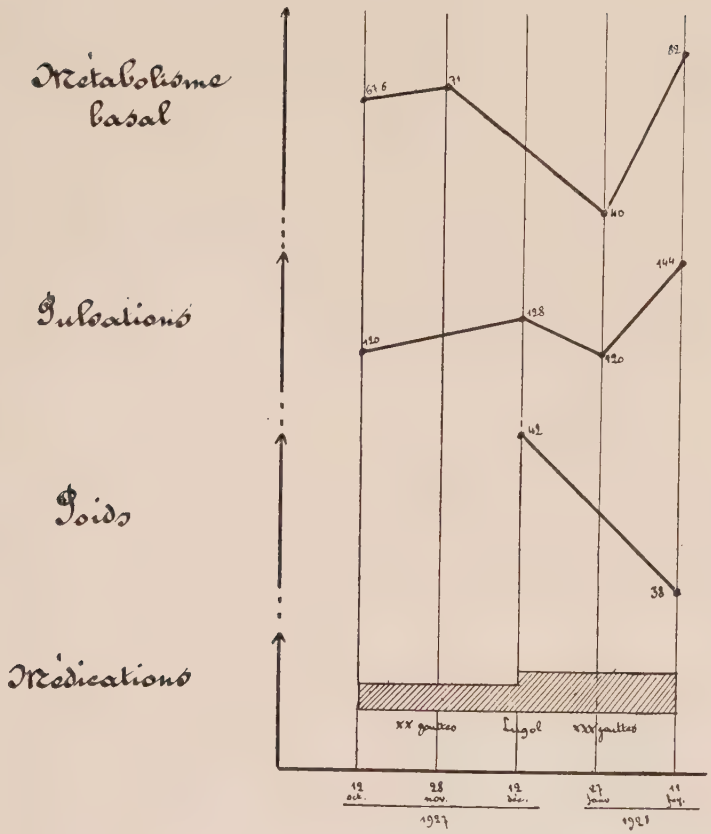
V. Cas divers, nos 35 à 37

OBSERVATION XXXV

Mme Jo..., âgée de 50 ans, se présente avec un goitre, de l'exophtalmie, de la tachycardie, des tremblements, de la diarrhée, des bouffées de chaleur, de la nervosité et de l'amaigrissement. On la met au Lugol, XX gouttes par jour. Malgré ce traitement, le métabolisme basal passe de plus 67 % à plus 71 %. On la met à XXX gouttes par jour, le M. B. tombe en deux mois de plus 71 % à plus 40 % ; le pouls de 128 à 120 ; puis, malgré le traitement, les symptômes s'aggravent, le M. B. remonte à plus 82 %, le pouls à 144, et on note de l'amaigrissement.

Publié Marcel Labbé. Annales de Médecine, n° 1, janvier 1929.

OBSERVATION XXXV



OBSERVATION XXXVI

Mlle Ma..., 18 ans, se présente avec un goitre exophtalmique des tremblements, des palpitations, du dérobement des jambes.

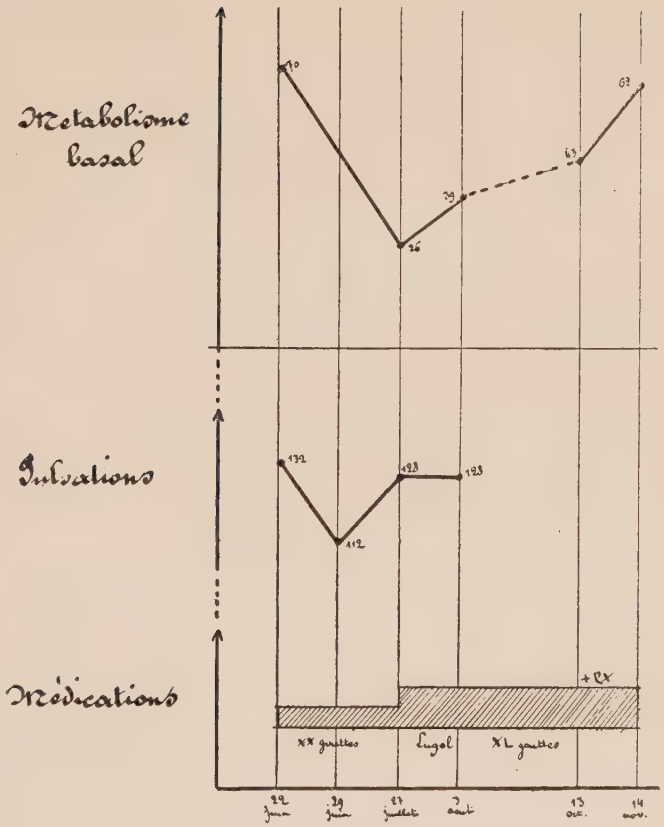
Après un mois de traitement avec XX gouttes de Lugol, le métabolisme basal est tombé de plus 70 % à plus 26 %, mais le mois suivant, malgré un traitement plus sévère, le M. B. est remonté à plus 39 %. Pourtant, la malade se sent mieux et engraisse.

Trois mois après, son M. B. est à plus 43 %, malgré XL gouttes de Lugol par jour. On fait alors des R. X., tout en continuant l'iode, le M. B. continue à s'élever et un mois après atteint plus 62,6 %.

La malade n'est plus suivie.

— — —

OBSERVATION XXXVI



OBSERVATION XXXVII

Mlle Ch..., malade âgée de 27 ans, vient consulter le 14 octobre 1929, pour un goitre accompagné de troubles nerveux qui auraient débuté il y a cinq ans.

A l'examen, la malade présente de l'exophtalmie bilatérale très accusée, un goitre surtout développé à droite, goitre ferme, élastique mobile à la déglutition avec battements systoliques et souffle (donc goitre vasculaire). Ce goitre aurait beaucoup augmenté depuis 2 ans. En même temps, tremblements généralisés, troubles psychiques et aménorrhée depuis 5 ans.

Le pouls est à 104, le M. B. à plus 45 % le 29 octobre ; poids 43 kg. 750 ; on la met à XXX gouttes de Lugol.

Le 7 novembre, le poids est à 48 k., le M. B. à plus 52 %, le pouls à 128.

On la met à XL gouttes de Lugol, on lui donne 2 tablettes de sédobrol et XL gouttes de crataegus.

Le 15 novembre, le M. B. est à plus 72 %, le poids à 49 k. 500, le pouls à 120.

On met la malade à L, LX, LXXX, puis à C gouttes de Lugol le 21 novembre.

Le 23 novembre, le M. B. est tombé à plus 60 %, le pouls à 110, le poids atteint 50 k. 800.

On continue le Lugol, C gouttes, le crataegus, le sédobrol et on fait 3 séances d'électrothérapie.

Le pouls se maintient à114. le M. B. est à plus 58 %, le 24 novembre. Poids 51 k. 400.

On supprime le sédobrol.

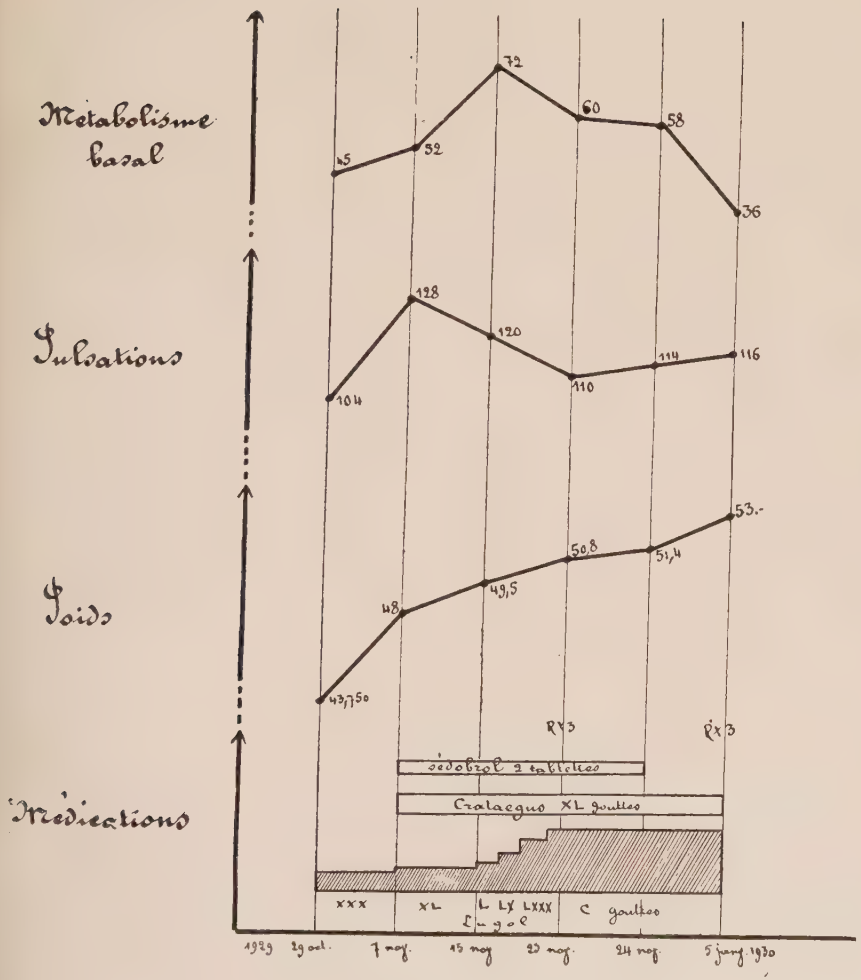
Le 5 janvier, en continuant le Lugol, C gouttes, le M. B. est à plus 36 %, le pouls à 116, le poids à 53 kilos.

On refait 3 séances d'électrothérapie (courant galvanique).

Le tour de cou a diminué de 3 centimètres.

La malade sort le 15 janvier 1930 très améliorée.

OBSERVATION XXXVII



Interprétation de ces Observations
La médication iodée -- Son emploi
Ses résultats

Tous les malades examinés au cours de ces observations ont été traités par M. Marcel Labbé avec de l'iode. Cet iode leur a été donné sous forme d'iodomaïsine en pilules titrées à 1 cgr. d'iode par pilule, ou sous forme de solution de Lugol (iode 5 gr., iodure de potassium 10 gr., eau 100 gr.).

Cependant d'autres préparations iodées pourraient être essayées (1). En Angleterre, M. Fraser (2) estime que la forme sous laquelle l'iode est administrée n'a aucune importance, pourvu que ce ne soit pas un composé organique sans effet. Il n'en est pas de même des auteurs suisses et allemands. M. E. Bircher (3) pose comme principe de la thérapeutique du goitre que la résorption des composés iodés doit être lente, et, il préconise l'emploi de l'iode en combinaisons d'acides gras qui seront résorbées plus lentement que les produits alcalins iodés. M. Schwenkenbecker part du même principe (4) et dit : « Il faut donner l'iode associé à des acides gras parce qu'ainsi la résorption est plus lente » et il préconise la préparation d'huile iodée à 3 % de König.

---

1) Marcel Labbé. « *L'iode dans le traitement de la maladie de Basedow* », dans *Annales de la Médecine*, T. XXV, n° 1, janvier 1929, p. 7.

2) Fraser. *British Medical Journal Londres*, 3 janvier 1925, pp. 1 à 4.

3) E. Bircher (Aarau) *zur Yodbehandlung des Kroppes*, dans *Klinische Wochenschrift*, 16 avril 1925, p. 744.

4) Prof. A. Schwenkenhecker (Marbourg). *Uber die Wirtschaftlische und doch Sachgemässe Behandlung und Verhütung des Kroppes*, dans *Klinische Wochenschrift*, n° 21, 21 mai 1925.

M. Dautrebande utilise une solution iodo-iodurée de concentration double de celle du Lugol. En fait, le plus grand nombre des observations de la thérapeutique iodée est basé sur le Lugol, puisque cette seule préparation iodée est utilisée par les Américains.

Tous ces malades ont supporté le traitement iodé qui leur était administré (voir obs.). Aucun accident ne s'est produit. Parfois, un peu de coryza et des larmoiements ont été signalés au début ; un de nos malades a eu, le premier mois du traitement, de la diarrhée (obs. 28). Mais si ces symptômes ont été observés, ils régressent très rapidement et l'on est étonné même qu'il n'y en ait pas davantage, et de constater que les malades de Basedow supportent mieux l'iode que les gens non goitreux traités par l'iodure de potassium. D'après M. Marcel Labbé, tous les malades de Basesow à qui il a prescrit le traitement iodé l'ont bien supporté, sauf une jeune fille qui a présenté de l'impétigo à la suite d'éruption iodée. Certains se plaignent également d'un goût métallique tenace après emploi prolongé de ce médicament.

Enfin, certains malades entrés dans le service avec des symptômes gastriques tels que l'on pensait à un ulcus et que l'on se demandait si l'on pouvait leur donner de l'iode, ont parfaitement supporté le Lugol et ont vu régresser totalement ces symptômes à la suite de cette médication (obs. 3). Il est même surprenant de voir la tolérance des basedowiens à la médication iodée. Nous avons suivi des malades traités pendant de longs mois par l'iode associé ou non aux R. X. et qui ont supporté des doses de L à C gouttes de Lugol sans inconvénient (obs. 20, 22, 24, 27, 30, 34).

Cependant nous ne nous sommes pas seulement occupé de malades atteints de goitres basedowiens primitifs, mais aussi de goitres basedowifiés secondairement (obs. 6 et 10) et de goitres toxiques (obs. 15) et nous avons pu constater que le traitement iodé agit sur les formes même les plus gra-

ves. Nos malades (obs. 6, 10 et 15) non seulement l'ont très bien toléré, mais ils en ont retiré un grand bien-être. Ces résultats concordent avec l'opinion de M. Dautrebande (1) qui, après des recherches avec Lemort sur des malades atteints d'adénome thyréotoxique conclut que : « l'administration d'iode chez ces malades, à doses surveillées, n'a jamais abouti à une exagération du métabolisme de base, ni des symptômes par rapport à leur point de départ, mais bien au contraire ce médicament a la même action favorable chez les malades atteints d'adénome thyréotoxique que chez les malades atteints de Basedow » et il ajoute : « Cette opinion allait à l'encontre des conclusions des Américains puisque Boothby écrivait : L'iode administré à un adénome toxique est funeste après dix jours ». M. Dantrebande pense que ces divergences de vues proviennent du mode d'administration différent de la médication iodée.

Mais cette soi-disant intolérance constatée par les Américains n'est-elle pas plutôt due à un fait clinique observé parfois aussi dans la maladie de Basedow ? Pourquoi sommes-nous, dans certains cas de début du traitement par l'iode, en présence d'une accélération du pouls et d'une augmentation du métabolisme basal (obs. 2) ? Pouvons-nous dire qu'il y ait dans ces cas contre-indication de l'iode ? Si l'on supprime l'iode, le pouls s'accélère davantage et le M. B. augmente encore. Si l'on retourne à l'iode, le pouls cesse de monter ou descend en entraînant un véritable arrêt de la maladie (obs. 37). Ces poussées évolutives ne sont pas dues à l'iode, ce sont des moments graves de la maladie que l'on pourrait qualifier de véritable septicémie d'origine thyroïdienne ; souvent aussi, ce sont des formes de début de la maladie et l'iode agit là plus efficacement encore que la radiothérapie et la chirurgie, souvent mortelle à cette période : « ces cas doivent être interprétés

1) Lucien Dautrebande. *Presse Médicale*, 27 octobre 1928, page 1302.

dans le sens d'une insuffisance et non d'une nocivité de la médication iodée » (1).

Quelles sont les doses d'iode données à nos malades ? Avons-nous pu établir un rapport entre celles-ci et le M. B. ? Enfin, quelle est la posologie de cette médication ?

Neisser, en 1920, paraît avoir posé un principe fondamental : *L'iode doit être administré par doses fractionnées.* Dans sa clinique, Loewy et Zondeck (2), en 1921, obtiennent de bons résultats en donnant trois fois par jour X à XXV gouttes de solution iodo-iodurée. En Amérique, Plummer, en 1923 (3), se basant sur 600 cas d'étude clinique, préconise la solution de Lugol à la dose de X gouttes une à trois fois par jour pendant plusieurs semaines. Starr, Segall et Means, en 1924 (4) louent les bons effets de l'iode dans la maladie de Basedow administré à la dose de XV gouttes par jour, celui-ci ferait ainsi diminuer quotidiennement le M. B. de 3,7 %. D'après les observations de M. Marcel Labbé, nous ne pouvons pas prévoir les doses à donner suivant les malades. Nous avons en général commencé par XX gouttes (obs. 1, 5, 6, 13, 15, 18) pour monter rapidement à XXX puis à XL gouttes (obs. 1, 2, 5). Si les résultats obtenus sont bons au bout de sept jours, on maintient ces doses. Et, il ne semble pas qu'il y ait de rapport entre celles-ci et le chiffre du métabolisme :

Obs. n° 17 :

En 10 jours, M. B. tombe de + 105 % à + 46 % avec XX gouttes de Lugol, puis en 10 jours de + 41 % à + 20 % avec LXXX gouttes.

---

1) Marcel Labbé, op. cit., p. 113.

2) Lœwy et Zondeck, 17 nov. 1921, *Deutsche Med. Woch.*, p. 1387.

3) Cité par Thomas et Rienhoff Baltimore 1925. « *Iodine in the treatment of hyperthyroïdism* ».

4) Starr, Segall et Means. « *The effect of iodine in exophtalmic goiter* », dans *Arch. inter. Med.*, Chicago, t. XXXIV, sept. 1924, pp. 355-364.

Obs. n° 1 :

En 18 jours, M. B. tombe de + 72 % à + 22 % avec XX gouttes de Lugol, puis se maintient à + 20 % avec XL gouttes de Lugol.

Obs. n° 20 :

En 7 jours, M. B. tombe de + 87 % à + 19 % avec XXX gouttes de Lugol, puis remonte en un mois à + 47 % et s'y maintient malgré LXXX gouttes.

En effet, dans le n° 17, la chute quotidienne du M. B. est de 5,9 % avec XX gouttes de Lugol dans les 10 premiers jours, et de 2,1 % avec LXXX gouttes dans les 10 jours suivants.

Dans le n° 1, le M. B. tombe quotidiennement de 2,8 % avec XX gouttes dans les 18 premiers jours de traitement, puis ne varie plus sensiblement malgré l'augmentation des doses.

Dans le n° 20, le M. B. tombe de 9,7 % par jour avec XXX gouttes dans les 7 premiers jours, puis remonte malgré les doses élevées de Lugol.

Ainsi, nous ne pouvons pas établir de rapport entre les doses d'iode et la chute du métabolisme basal.

La médication était donnée par doses fractionnées 2, 3 ou 4 fois par jour, car il est connu que l'iode s'élimine rapidement dans les urines (1) (50 % dans les urines en douze heures — Potel), et que pour maintenir le malade de Basedow sous son action, il faut répéter les doses comme celles de salicylate chez le rhumatisant. Même, nous dit Dautrebande : « J'ai de plus en plus tendance à fractionner les doses... cette technique peut donner des résultats intéressants et permettre d'obtenir une chute du métabolisme dans le cas où une simple augmentation de doses a été inefficace ».

1) Lucien Dautrebande, op. cit., p. 115.

Que se passe-t-il quand on donne de l'iode ?

Chez la plupart des malades, nous avons eu très rapidement d'excellents résultats et pour les mettre en valeur nous nous sommes appuyé sur le M. B. (qui est, à notre avis, le meilleur moyen de contrôle dans la maladie de Basedow), le pouls et le poids.

Le *métabolisme* des basedowiens que nous avons soignés était à leur entrée dans le service très au-dessus de la normale. A la suite de 7 à 15 jours de traitement iodé, il tombait de façon très remarquable :

Obs. n° 1 :

A l'entrée dans le service..... + 72 %
Après 15 jours, avec *XX gouttes* de Lugol..... + 22 %

Obs. n° 17 :

A l'entrée dans le service..... + 105 %
Après 11 jours, avec *XX gouttes* de Lugol..... + 46 %

Obs. n° 20 :

A l'entrée dans le service..... + 69 %
Après 8 jours, avec *XXX gouttes* de Lugol..... + 19 %

Obs. n° 22 :

A l'entrée dans le service..... + 124 %
Après 14 jours, avec *XXX gouttes* de Lugol..... + 37 %

Les variations du *pouls* paraissent se trouver en relations étroites avec celles du M. B.; à la suite de quelques jours de traitement iodé, on constatait une chute de la tachycardie :

Obs. n° 1 :

A l'entrée dans le service..... 104
Après 15 jours, avec *XX gouttes* de Lugol..... 80

Obs. n° 17 :

A l'entrée dans le service..... 110
Après 11 jours, avec *XX gouttes* de Lugol..... 86

Cependant, nous avons pu remarquer que parfois la chute des pulsations se produisait avec un certain retard sur celle du métabolisme :

Obs. n° 20 :

A l'entrée dans le service..... 120
Après 8 jours, avec *XXX gouttes* de Lugol..... 108
Après encore 11 jours, avec *XXX gouttes* de Lugol... 100

Obs. n° 22 :

A l'entrée dans le service..... 144
Après 14 jours, avec *XXX gouttes* de Lugol..... 120
Après encore 3 jours, avec *XXX gouttes* de Lugol..... 108

Sous l'influence de l'iode enfin, tous ces malades ont considérablement augmenté de *poids* (sauf 2 obèses, obs. 15 et 16).

Obs. n° 1..... 7 kilos en 2 mois.
Obs. n° 2..... 9 kilos en 3 mois 1/2.
Obs. n° 4..... 9 kilos en 1 mois 1/2.
Obs. n° 17..... 12 kilos en 2 mois.

Après des résultats si heureux et si rapides, on se demande pourquoi ne pas cesser la médication iodée lorsque le M. B. et le pouls du malade sont revenus presque à la normale ? Mais si l'on arrête le traitement, le pouls et le M. B. remontent (obs. 10, 17, 21, 24, 29, 30, 34).

Donc, le traitement iodé doit être continu.

Cependant quand on poursuit le traitement trop longtemps avec les mêmes doses, le pouls et le M. B. remontent sans toutefois atteindre les chiffres constatés au début (obs.

1, 4, et 17). Il semble que l'organisme s'habitue à une même quantité d'iode et que pour le dominer il faille recourir à l'augmentation successive des doses ; on obtient ainsi des améliorations progressives (obs. 1, 2, 17, 22, 25).

Donc le traitement iodé doit se faire avec doses d'iode croissantes.

Dans certains cas encore, il faut reconnaître que l'iode n'a pas eu une action efficace sur nos malades, ils ont réagi comme les autres, mais insuffisamment, et il a fallu des doses élevées de Lugol pour obtenir une sédation qui permette le passage en chirurgie (obs. 24).

Nous n'avons pas observé avec le traitement iodé un seul cas d'insuffisance parathyroïdienne. Le seul que l'on puisse relever (obs. 27) serait dû aux rayons X. En effet « l'iodothérapie ne paraît pas exposer les malades à l'insuffisance thyroïdienne ou parathyroïdienne comme on l'a vu avec la radiothérapie » (1), « l'action des R. X. sur la thyroïde est telle que différents auteurs, notamment Bergonié et Speder, Delherm et Beau ont pu d'une façon exceptionnelle assister à l'apparition d'un syndrome de myxœdème plus ou moins complet après irradiation par les R. X » (2).

Quelle est encore l'action comparée de l'iode et des R. X. sur les divers symptômes de la maladie de Basedow? L'exophtalmie sensible au traitement iodé diminue sous l'influence de ce médicament, il n'en est pas de même du goitre, le tour du cou de nos basedowiens reste le même pendant cette thérapeutique, tandis que les rayons X agissent plutôt sur le volume du corps thyroïde (3).

---

1) Marcel Labbé, *Journal de Médecine de Paris*, n° 45. 8 nov. 1926. « *Traitement de la Maladie de Basedow par l'iode* », p. 15.

2) Delherm et Beau, « *Traitement du syndrome de Graves-Basedow par l'électro-radiothérapie* », dans *Vie Médicale*, n° 6, 25 mars 1929.

3) Labbé, Stévenin, Faure-Beaulieu, Sézary, Delherm, *Société Médicale des Hôpitaux*, juillet 1924.

Tandis que l'iode a une action rapidement favorable sur la maladie de Basedow, les R. X. ont une action plus lente, il semble que ces deux thérapeutiques agissent avec des rythmes différents, ce qui peut expliquer les excellents résultats obtenus en les associant dans les cas où l'iode seul paraît insuffisant pour obtenir une amélioration durable (ob. 27, 28, 29, 30, 31). Enfin, dans les conditions où nous avons employé l'iode, nous n'avons pas eu d'accident :

1° pas d'hyperthyroïdie par l'iode.

2° Jamais de myxœdème, tandis qu'on l'observe avec les R. X. et la chirurgie.

3° Jamais d'insuffisance parathyroïdienne, tandis que les R. X. et la chirurgie en donnent.

Ces divers résultats étant acquis, on se demande pourquoi il reste dans quelques pays une certaine appréhension vis-à-vis du traitement iodé. En Suisse en particulier, les accidents de « Basedow iodique » sont encore fréquemment signalés. Mais des cliniciens réputés comme E. Bircher insistent sur la valeur de la thérapie iodée dans la maladie de Basedow, tout en s'élevant formellement contre la prophylaxie du goitre avec les doses minimes et continues d'iode associées au sel de cuisine telle qu'elle est faite dans les régions de goitre endémique (doses 0 cgr. 50 par kilo de sel). Pour lui, la thérapie iodée demande une posologie spéciale : 1° elle ne doit pas être appliquée au sujet porteur de lésions cardiaques organiques, ni au malade ayant le diabète, la goutte ou la jaunisse. 2° la résorption de l'iode doit être ralentie, pour ce faire il préconise les lipoïdes iodés, tout en ajoutant « à doses prolongées et sans contrôle, ils peuvent mener à l'iodisme ». 3° Comment se préserver de l'action nocive de l'iode dans le cycle cœur-vaisseaux? La quinine aurait une action heureuse dans le goitre, et les Américains d'après Ochsner l'utilisent depuis longtemps dans la maladie de Basedow. Bircher ajoute : « On ne peut pas conclure

que la quinine agisse directement sur la glande thyroïde goitreuse. Si on lui attribue une action désinfectante de l'intestin, aurait-elle, dans ce sens une action prophylactique sur le goitre? » 4° Pour obtenir une action sédative prolongée et pour protéger le système nerveux végétatif très sensible à l'iode, le calcium peut être joint à l'iode et agit favorablement sur le défaut de coagulation sanguine des basedowiens. 5° Chez les personnes hypersensibles à l'iode, cette médication est remplacée favorablement par le silicium et ses dérivés (1).

Nous sommes un peu étonné de lire les opinions de Bircher auxquelles nous ne pouvons souscrire complètement. Il insiste sur la prédisposition qu'ont les goitreux issus de famille diabétique à faire de la glycosurie sous l'effet de la médication iodée, et d'autre part sur l'aggravation du diabète chez les goitreux diabétiques traités par l'iode (2). MM. Marcel Labbé et Gilbert Dreyfus (3) ont au contraire fait une communication dans laquelle ils ont étudié l'action de l'iode chez un diabétique basedowien. Tandis que l'insuline qui agit très énergiquement sur le diabète n'a eu aucune influence sur le goitre exophtalmique, l'iode qui a ramené le M. B. à la normale a aussi exercé une action sur le diabète en élevant la tolérance pour les hydro-carbonés.

Quant à la quinine dont l'action favorable sur la tachycardie est connue depuis bien longtemps, nous l'avons souvent associée au traitement iodé sous forme de sulfate de quinine ou de quinicardine. Auprès d'une de nos malades (obs. 33) chez laquelle l'iode n'avait amené qu'une amélioration passagère suivie bientôt d'une recrudescence des symptômes, le sulfate de quinine (1 gr. par jour) a donné de bons résultats. On pourrait penser, que dans ces cas-là il

---

1) Bircher, op. cit., p. 113; p. 744 et suivantes.

2) Ibidem, p. 743.

3) Marcel Labbé et Gilbert Dreyfus, « *Diabète et goitre associés* », dans *Presse Médicale*, 23 mars 1929.

y a un moment à choisir pour donner cette médication adjuvante, et surtout chez les sujets où, comme nous l'avons signalé (cf. p. 7) la chute de la tachycardie se fait avec un certain retard sur celle du M. B. Enfin, nous n'avons pas pu observer chez nos malades le défaut de coagulation sanguine dont parle Bircher.

Il reste encore une question très importante que l'on doit se poser. Cette amélioration si rapide obtenue au début du traitement iodé, complétée par un traitement à doses progressives d'iode, conduit-elle à la guérison? Nous l'avions espéré, et M. Marcel Labbé s'était demandé si les échecs des Américains ne venaient pas d'un manque de persévérance. Mais il semble que non. Nous avons eu des cas d'améliorations durables (obs. 1, 2, 5, 4, 8, 10) où les malades gardaient un M. B. aux environs de + 10 à + 30 %, un pouls voisin de 80, coïncidant avec une grosse augmentation de poids qui leur permettait de reprendre leurs occupations et une vie normale. Certains d'entre eux ont été traités pendans des mois, parfois plus d'une année ; pourtant ces malades restaient à la merci de récidives graves.

En général, l'amélioration des basedowiens se faisait sentir du cinquième au quinzième jour du traitement (obs. 5, 6, 7, 9, 26) ; parfois il a fallu attendre et agir par étapes successives en renforçant les doses d'iode (obs. 1, 2, 17, 22, 25) et cependant malgré cette thérapie, nous avons eu des résultats insuffisants (obs. 1, 2, 17, 22, 24, 25). Ces cas furent alors soumis aux R. X. et l'amélioration longtemps différée se déclanchait en entraînant d'heureux résultats.

Obs. 27 : Cure d'iode pendant six mois avec peu de succès, 12 séances de R. X. en cinq mois : retour à l'état normal.

Les bons effets de la radiothérapie sur un malade préparé par l'iode et l'action de cette radiothérapie complétée par l'action de l'iode peuvent conduire à la guérison.

Les Américains n'usent de l'iode que comme traitement pré et post-opératoire. Dans certains cas, à la suite d'un premier traitement iodé, nous avons fait faire aux malades de Basedow une hémithyroïdectomie (obs. 20, 21, 24 et 26) ou une thyroïdectomie subtotale (obs. 22, 23, 25). A la suite de ces interventions le traitement iodé était repris et dans ces conditions, nous n'avons jamais eu à redouter les dangers parfois mortels de l'hyperthyroïsme post-opératoire. Ce traitement iodé dans les cas où les malades n'étaient qu'incomplètement améliorés par l'intervention chirurgicale paraît avoir une efficacité beaucoup plus grande, et nous avons ,ainsi observé des guérisons complètes.

Les Américains font un traitement pré-opératoire qui dure de 5 à 11 jours (1). D'après Gœtsch, l'iode n'agit pas dans les rechutes de la maladie de Basedow et il faut profiter de la première amélioration produite par l'iode pour opérer, car on n'est pas sûr de retrouver des conditions aussi favorables (2). M. Dautrebande préconise une période pré-opératoire plus longue (3). En effet, on met ainsi le malade de Basedow dans de meilleures conditions physiques pour supporter une opération.

Il faut bien savoir cependant que le traitement chirurgical ne donne pas toujours la guérison. Souvent, en effet, après l'opération, le M. B. reste au-dessus de la normale. Mais si, dans ce cas, l'on remet le malade au traitement iodé, on constate que l'action de celui-ci est alors très rapide. Il semble achever la guérison (obs. 25).

En résumé, l'iode a lui seul ne guérit pas la maladie de Basedow ; cependant, nous devons insister sur ce fait que certains malades ont une amélioration durable (obs. 1, 2, 3,

---

1) Holmes, Means, Porter, Richardson, Starr, *Boston Medical and Surg. Journal*, 14 août 1924.

2) Cité par Pemberton, *A. M. S.* 1925, 12 décembre.

3) Dautrebande, *Presse Médicale*, 27 oct. 1928, p. 1302.

4, 5, 6, 11) ; l'un d'entre eux, qui revient régulièrement dans notre service, continue son métier de fort des Halles depuis plus d'une année, en prenant quotidiennement des doses de LXXX à C gouttes de solution de Lugol ; si on lui supprime cette médication le M. B. et le pouls remontent et le malade n'est plus en état de fournir son travail journalier. Mais, en général, la médication iodée doit préparer, puis compléter les traitements radio ou électro-thérapiques, et servir de traitement pré et postopératoire.

La guérison complète à l'aide de l'iode ne sera obtenue que si nous savons avoir recours au moment où cette médication nous paraît insuffisante, soit aux R. X., soit à la chirurgie.

Il reste encore à savoir comment l'iode agit sur la glande thyroïde.

L'action curative de l'iode dans la maladie de Basedow a soulevé de nombreuses hypothèses et il ne semble pas qu'une raison véritable en ait été donnée. On sait, en effet, que l'iode est un constituant du corps thyroïde et qu'il fait partie de la thyroïdine considérée avec Baumann, comme représentant la sécrétion active de la thyroïde. Depuis l'on a isolé, puis reproduit synthétiquement la thyroxine, véritable élément de cette sécrétion (Kendall) et qui, elle, contient de l'iode (65 %). C'est parce que l'on pensait que l'iode est nécessaire dans la thyroxine que l'on donnait l'iode préventivement. De ces constatations est née l'idée que l'iode était excitant de la sécrétion thyroïdienne. D'un autre côté, le goitre simple endémique, généralement attribué à une déficience iodée est toujours associé à une insuffisance thyroïdienne. La prévention de ce goitre par l'iode donné à petite dose faisait penser que l'iode exagérait l'activité thyroïdienne. Aussi les premiers auteurs (Rielliet, Trousseau) ont-ils redouté l'iode dans la maladie de Basedow, et d'autre part, Kocher a soutenu que l'administration préventive de

l'iode dans les pays à goitres avait augmenté le nombre des basedowiens. Pour Klose (de Francfort) (1) normalement le corps thyroïde fixe l'iode circulant dans le sang, le transforme en iodothyrine et l'emmagasine.

Le corps thyroïde en puissance de basedowisme serait incapable d'opérer cette transformation.

Comment expliquer alors l'action de l'iode. C'est là qu'intervient la théorie de la disthyroïdie. Dans la maladie de Basedow la sécrétion thyroïdienne serait anormale. Plummer prouve que le goitre exophtalmique est dû à l'accumulation de molécules complètement et incomplètement iodées. Il donne de l'iode pour oxyder complètement la molécule (2). Et Fraser (3) écrivait en 1925 : « On est tenté de faire entre le goitre exophtalmique en ligne avec le goitre simple comme une maladie causée par déficience d'iode et d'expliquer les différents types de goitres comme des réponses différentes de la thyroïde et de tout le corps à cette déficience d'iode ». L'iode permettrait alors de rendre normale la thyroxine. C'était la théorie des Américains, d'après Smith et Broders (4), la substance thyroïdienne normale desséchée contiendrait 2 mil. 5 d'iode par gramme, la même substance dans le goitre, 1 mill. 5 et dans la maladie de Basedow 0 mill. 5. Mais des recherches plus récentes ont montré que la thyroxine des goitreux avait la même teneur en iode que celle des glandes thyroïdiennes normales.

Pour sa part, Bircher (5) pense que le point d'action de l'iode dans le corps thyroïde est à chercher dans la cellule thyroïdienne et dans l'action sécrétoire de cette cellule modifiée par l'iode.

---

1) Cité par Ledoux et Tisserand, *Progrès Médical*, n° 15, 12 avril 1913.

2) Pemberton, *ibidem*, page 13.

3) Fraser, F. R. *The British Medical journal London* 3d janvier 1925.

4) Smith et Broders, « *The iodine contents of the thyroïd gland* », dans *Journal of the american association*, p. 113.

5) E Bircher, *op. cit.*, p. 113.

En somme, les hypothèses énoncées sont discutables et aucune ne peut expliquer jusqu'à présent l'action de l'iode dans la maladie de Basedow.

Conclusions

La médication iodée nous a donné chez les basedowiens des résultats rapides et remarquables à condition d'être appliquée suivant certains principes :

1° Le traitement des basedowiens doit toujours être commencé par l'iode quelle que puisse être, plus tard, la thérapeutique employée : radiothérapie, chirurgie ou électrothérapie.

2°On donne au début XX gouttes de solution de Lugol par jour.

3° Ces XX gouttes sont données en deux ou quatre doses.

4° Le traitement doit être continu.

5° Si après quelques jours, cette dose d'iode est jugée insuffisante, elle doit être augmentée pour arriver dans certains cas à LX, LXX, ou même C gouttes quotidiennes de solution de Lugol.

6° L'amélioration qui est surtout rapide au début de ce traitement n'est pas définitive. En effet, il y a souvent un arrêt dans cette amélioration et dans certains cas même, que l'on ait supprimé ou continué le traitement, on voit le métabolisme basal remonter. Dans d'autres cas pourtant, l'amélioration reste constante à condition de continuer le traitement iodé. Parfois même, il semble que l'iode puisse guérir. Cependant, on n'a jamais cité de guérison complète par l'emploi de l'iode seul dans la maladie de Basedow.

7° Pour obtenir la guérison complète, il faut avoir recours à la radiothérapie, à l'électrothérapie ou à la chirurgie. La thérapie iodée sera employée préalablement, et sera continuée pendant le traitement curateur. Nous avons vu même que certains malades traités chirurgicalement n'étaient point tout à fait guéris et qu'il fallait reprendre le traitement iodé qui exerçait alors une action rapide, et assurait une guérison définitive.

8° Nous n'avons pas eu à signaler d'accident par la thérapie iodée.

« En somme l'emploi de l'iode dans le traitement de la maladie de Basedow représente une acquisition importante. A condition qu'on ait appris à bien le manier, il soulage rapidement les malades ; il facilite et accélère la guérison de la maladie par les thérapeutiques vraiment curatives » (1).

---

1) Marcel Labbé. Op. cit., p. 113; p. 13.

Bibliographie

Bayles. — *Bibliothèque thérapeutique*, t. I.

Baumann. — *Zeitschrift für physiologische Chemie*, t. XXI, 1896.

Bield et Redlisch. — *Die Iodbehandlung der Hyperthyreosen*, dans *Med. Klinick*, t. XXI, 11 et 18 septembre 1925.

Bircher E. (Aarau). — *Zur Iodbehandlung des Kroppes*, dans *Klinische Wochenschrift*, 14 avril 1925.

Boothby N. B. — *The use of iodine in exophtalmic goiter*, dans *Endocrynology*, t. VIII, n° 6, 1924, Chicago.

Carrasco-Cadenas E. — *La Yodoterapia en el hyperthiroïdismo* dans *Archives de la Médecine*, 1907, t. XXXVIII, n° 306.

Cattell Richard. — *La pathologie du goitre exophtalmique*, dans *Medic. and Surger. Journal*, Boston, t. CXCII, n° 21, p. 989 et 2894-1925.

Clairmont et Meyer. — *Deutsche Mediz. Wochenschrift*, t. LIV, 30 nov. 1928.

Coindet. — *Découverte d'un nouveau remède contre le goitre*, dans *Analyse physique et chimique*, 1820.

Cowell et Mellanby. — *The effect of Iodine of hyperthyroïdism*, dans *The Quartely Journal of Medecine*, Oxford, 1924, t. XVIII.

Dautrebande Lucien. — *La classification physiologique du goitre*, dans *Presse Médicale*, 22 janvier 1927.

— *Traitement iodé de l'hyperthyroïdie*, dans *Presse Médicale*, 27 octobre 1928.

Dautrebande et Lemort. — *Le traitement des goitres par l'iode à doses continues et progressives* dans *Bulletin de l'Académie royale de Médecine de Belgique*, 17 décembre 1927.

Delherm et Beau. — *Traitement du syndrome de Graves Basedow par l'électro-radiothérapie*, dans *Vie Médicale*, n° 6, 25 mars 1929.

Eimer K. — *Dangers du traitement par l'iode*, dans *Münchener Mediz. Wochenschrift.*, t. LXXII, 10 juillet 1925.

Eulenburg A. — *Real Encyclöpädie der Gesamten Heilkunde*, Wien, 1894.

Fraser. — *Iodine in exophtalmic goiter*, dans *Britisch medical Journal*, 3 janv. 1925.

Frey. — *Correspondenz-Blatt für schweizerische Aertzte*, 1914, n° 48, 1915, n° 21, 1916, n° 46.

Garrisson. — *Introduction à l'histoire de la médecine* (avec chronologie médicale) dans *Suggestions for Study and Bibliographic*, Philadelphie, 1921.

Holmes, Means, Porter, Richardson et Starr. — *On the treatment of exophtalmic goiter*, dans *The Boston medic. and surger. Journal*, 14 août 1924.

Jakson A. S. — *Iodine as an aid to surgery in the treatment of exophtal. mic goiter*, dans *The Lancet*, 1er avril 1925.

Kocher T. — *Ueber Iodbasedow*, dans *Verein deutscher Gesellschaften für Chirurgie*, t. XXXIX, 1910, et t. XL, 1911.

Labbé Marcel. — *Traitement de la maladie de Basedow par l'iode*, dans *Journal de médecine de Paris*, n° 45, 8 novembre 1926.

— *Clinique et Laboratoire*, 20 décembre 1926.

— *L'iode dans le traitement de la maladie de Basedow* dans *Annales de la Médecine*, t. XXV, n° 1, 1929.

Labbé Marcel et Dreyfus Gilbert. — *Diabète et goitre exophtalmique associés*, 1929, dans *Presse Médicale*, 23 mars 1929.

Labbé, Stévenin, Faure-Beaulieu, Delherm, Sézary. — *Société médicale des Hôpitaux*, juillet 1924.

Lahey-Frank. — *L'emploi de l'iode dans le goitre*, dans *Medic. and surger. Journal*, Boston, 10 septembre 1925.

Ledoux et Tisserand. — *Progrès Médical*, 12 avril 1913.

Loewy et Zondeck. — *Morbus Basedowi und Iodtherapie*, dans *Deutsche medizin. Wochenschrift*, t. XLIX, 1921.

Marine D. et Leubart G. H. — *Phatological anatomy of exophtalmic goiter* dans *Archives internationales de la médecine*, t. VIII, 1911, Chicago.

Maselli. — *L'uso del iode nel morbo di Flaiani-Basedow*, dans *Il policlinico*, t. XXXIII, 1er novembre, 1926.

Mason E. H. — *The use of Lugol solution in the treatment of exophtalmic goiter*, dans *Journal medic. assoc.*, t. XIV, 1924.

Neisser. — *Berliner Klinische Wochenschrift*, t. LV, 1920.

Peycelon. — *Thèse*, Lyon 1929.

Redlisch. — *Dangers de la thérapeutique iodée dans la maladie de Basedow et dans les hyperthyroïdies*, dans *Wiener Klinische Wochenschrift*, t. XXXVIII, 8 oct. 1925.

Sainton M. P. — *Comment traiter un goître exophtalmique* dans *La Semaine des Hôpitaux de Paris*, 31 octobre 1927.

Schwenkenbecker A. — *Ueber die wirtschaftlische und doch sachgemässe Behandlung und Verhütung des Kroppes*, dans *Klinische Wochenschrift*, 21 mai 1925.

Slosse Jean. — *Traitement iodé dans le goître exophtalmique*, dans *Bruxelles médical*, 1er novembre 1926.

Smith et Broders. — *The iodine contents of the thyroïd gland*, dans *Journal of the American association.*

Springborn et Gottschalk. — *Iode et maladie de Basedow*, dans *Deutsches Archiv. für Klin. Medizin.*, t. CLXI, 6 novembre 1928.

Starr T., Segall H. et Means J.-H. — *The effect of iodine in exophtalmic goiter*, dans *Archives internationales de la médecine*, Chicago, t. XXXIV, 1924.

Thomas H. et Rienhoff W. F. — *Iodine in the treatment of hyperthyroïdisme*, Baltimore 1925.

Trousseau. — *Du goître exophtalmique*, dans *Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu*, 1898.

Limoges, Imprimerie Commerciale Perrette